INFORME ALTERNATIVO SOBRE LA SALUD EN AMERICA LATINA

Observatorio Latinoamericano de Salud

CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD - CEAS -
Editor

II ASAMBLEA MUNDIAL DE
LA SALUD DE LOS PUEBLOS

OBSERVATORIO MUNDIAL DE LA SALUD
(GLOBAL HEALTH WATCH)

CONSEJO INTERNACIONAL DE
SALUD DE LOS PUEBLOS

LA INVESTIGACIÓN IMPORTA EN
MATERIA DE GOBERNANZA, EQUIDAD Y SALUD
(RESEARCH MATTERS-CIID)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE CUENCA

FRENTE NACIONAL POR LA SALUD DE
LOS PUEBLOS DEL ECUADOR

ECUADOR, JULIO 2005

II ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS

OBSERVATORIO MUNDIAL DE LA SALUD
(GLOBAL HEALTH WATCH)

CONSEJO INTERNACIONAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS

LA INVESTIGACIÓN IMPORTA EN MATERIA
DEGOBERNANZA, EQUIDAD Y SALUD
(RESEARCH MATTERS-CIID)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS,
UNIVERSIDAD DE CUENCA

FRENTE NACIONAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS

CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD (CEAS)

INFORME ALTERNATIVO SOBRE LA SALUD EN AMERICA LATINA
Observatorio Latinoamericano de Salud

Editor general: Jaime Breilh

Edición en castellano:
Revisión general: Arturo Campaña, Francisco Hidalgo.
Traducción: Gaby Mansfield Borrero.

Edición en inglés:
Traducción:Gaby Mansfield Borrero.
Revisión general: Jeremy Ogusky.
Revisión de textos específicos: Pete Dohrenwend, Brian Epstein, Jessica Flayer, Diana Grigsby, Jon Hartough, Emmanuel Hipolito, Garrett Hubbard, Jaime Jones, Lynda Lattke, Ann Miceli, Amber Middleton, Siiri Morley, Weej Mudge, Arden O´Donnell, Chris Onken, Tommaso Pacini, Talya Ruch, Eve Moreau.

Corrección y pre-diagramación:
Edith Valle

Asturias N24-02 y G. de Vera, La Floresta.
ceas@ceas.med.ec
Telfax: (593 2) 2506175 2566714 móvil: 099707682.
Quito – Ecuador. ISBN-9978-44-257-X.

Impreso y Hecho en:

Acción Global de Salud es un instrumento de campaña basado en el Primer Observatorio Global de Salud (Global Health Watch) publicado en julio del 2005.

El Observatorio es una amplia colaboración de expertos, organizaciones no gubernamentales, activistas de la sociedad civil, grupos de comunidades, trabajadores de salud y académicos en el campo de la salud pública. Fue iniciado por el por el Movimiento de Salud de los Pueblos ("People's Health Movement"), la Alianza Global Gauge para Equidad ("Global Equity Gauge Alliance") y Medact.

Este Informe Alternativo sobre la Salud Mundial es una evaluación basada en evidencias de los servicios de salud y la economía política de la salud y constituye un desafío hacia las instituciones mayores que con influencia en el campo de la salud.

El Observatorio está disponible en el portal **www.ghwatch.org** y también en formato de CD al que puede accederse contactando **ghw@medact.org** y será publicado por Zed Books en diciembre del 2005.

Global Health Action is a campaign tool based on the first Global Health Watch, published in July 2005.

The Watch is a broad collaboration of public health experts, non-governmental organizations, civil society activists, community groups, health workers and academics. It was initiated by the People's Health Movement, Global Equity Gauge Alliance and Medact.

This alternative world health report is an evidence-based assessment of the political economy of health and health care – and is aimed at challenging the major institutions that influence health.

The Watch is available for free download at the website **www.ghwatch.org**, and on CD, available by contacting **ghw@medact.org.** It will be published by Zed Books in December 2005.

AUTORES
(orden edición)

Jaime Breilh; María Eliana Labra; Gerardo Merino; Adolfo Maldonado; Saúl Franco; Mariano Noriega / Angeles Garduño / Cecilia Cruz; Arturo Campaña / Francisco Hidalgo / Doris Sánchez / María L. Larrea / Orlando Felicita / Edith Valle / Juliette Mac Aleese / Jansi López / Alexis Handal / Paola Maldonado / Jorgelina Ferrero / Stella Morel; Alex Zapatta; Walter Varillas; Laura Juárez; Miguel Cárdenas / Luz Helena Sánchez / Martha Bernal; Sofia Gatica / Maria Godoy / Norma Herrera / Corina Barbosa / Eulalia Ayllon / Marcela Ferreira / Fabiana Gomez / Cristina Fuentes / Isabel Lindon; Ary Miranda / Josino Moreira / René Louis de Cavalho / Frederico Pérez; Catalina Eibenschutz / Marcos Arana; Charles Briggs / Clara Mantini; Elizabeth Bravo; Miguel San Sebastián / Anna-Karin Hurtig / Anibal Tanguila / Santiago Santi; Francisco Armada ; Asa Cristina Laurell; Miguel Márquez / Francisco Rojas / Cándido López; Mónica Fein / Déborah Ferrandini;Mario Hernández / Lucía Forero / Mauricio Torres. Julio Monsalvo / Frente Nacional por la Salud de los Pueblos; Miguel Fernández / Sergio Curto; Jorge Kohen / Germán Canteros / Franco Ingrassi; Paulo Capella / Edgard Matiello.

INSTITUCIONES / ORGANIZACIONES DE LOS AUTORES
(orden edición)

Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS, Ecuador); Fundación "Oswaldo Cruz" (FIOCRUZ, Brasil); Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (CEDHU, Ecuador); Acción Ecológica (Ecuador); Universidad Nacional de Colombia; Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (México); Red Trabajo Infantil (Perú); Universidad Obrera (México); Fundación Friedrich Eberth (FESCOL, Colombia); Asociación Colombiana para la Salud (ASSALUD, Colombia); Escuela para el Desarrollo (CESDE; Colombia); Organización de Madres del Barrio Utuzaingo (Argentina); Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ, Brasil); Sistema de Investigación sobre la Problemática Agraria (SIPAE, Ecuador); Defensoría del Derecho a la Salud (México); centro de Estudios Ibero Hispano Americanos (Universidad de California, EUA); Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunárriz" (Amazonía, Ecuador); Umea Internacional School of Public Health (Suecia); Asociación de Promotores de Salud "Sandi Yura" (Amazonía, Ecuador); Ministerio de Salud de la República Bolivariana (Venezuela); Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (México, D.F.); Universidad de La Habana; Academia de Ciencias (Cuba); Ministerio Salud Pública (Uruguay); Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Argentina); Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (Colombia); Consejo Internacional de la Salud de los Pueblos; Frente Nacional por la Salud de los Pueblos (Ecuador); Universidad Nacional de Rosario (Argentina); Universidad Federal de Sta. Catarina (Brasil); Colegio Brasileño de Ciencias del Deporte (Brasil).

INFORME ALTERNATIVO SOBRE LA SALUD EN AMERICA LATINA

Observatorio Latinoamericano de Salud

aime Breilh
CEAS (Editor)



DEDICATORIA

A los cientos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez,
desde la década neoliberal de los 90.
Que la memoria de sus muertes violentas,
renazca en mil formas de lucha contra
el sistema social genocida e inhumano
que nos quieren vender como progreso.

AGRADECIMIENTO

Al programa "Research Matters" del
Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID)
de Canadá, por su auspicio para la realización de este proyecto
para mostrar al mundo algo de lo sucedido
con la salud de los pueblos de América Latina.

Al Consejo Provincial de Pichincha por su apoyo
para el lanzamiento y promoción del presente informe.

A quienes hicieron posible la realización de este Informe Alternativo,
con sus valiosos testimonios de la lucha por la salud
y experiencias construidas junto a nuestros pueblos.
Más que autores/as son para nosotros compañeros/as de ruta
que han honrado este esfuerzo colectivo por recoger una
memoria auténtica de la salud popular en tiempos difíciles.
Para ellos/as y las organizaciones del frente académico o social
que representan, va nuestro cariño y profunda gratitud.



"Nuestros más antiguos nos enseñaron que la celebración de la memoria es también una celebración del mañana. Ellos nos dijeron que la memoria no es un voltear la cara y el corazón al pasado, no es un recuerdo estéril que habla risas o lágrimas. La memoria, nos dijeron, es una de las siete guías que el corazón humano tiene para andar sus pasos. Las otras seis son la verdad, la vergüenza, la consecuencia, la honestidad, el respeto a uno mismo y al otro, y el amor.

Por eso, dicen, la memoria apunta siempre al mañana y esa paradoja es la que permite que en ese mañana no se repitan las pesadillas, y que las alegrías, que también las hay en el inventario de la memoria colectiva, sean nuevas".

Subcomandante Marcos, Marzo, 2001

"La ciencia no es un espejo
puesto al frente de la realidad,
sino un martillo para moldearla"

Paráfrasis de texto de Bertolt Brecht

CONTENIDO



Introducci n

1 Informe Alternativo en Salud: Una Herramienta de los Pueblos

Jaime Breilh

El Informe Alternativo: Voz y Herramienta de los Pueblos

Los informes de salud se suponen ser instrumentos para el conocimiento y monitoreo de la salud colectiva, la promoción y defensa de la vida.

Se presume entonces, que si dichos reportes se ajustaran a la realidad, deberían recoger en momentos como el actual, las evidencias de las profundas heridas y desigualdades que se han desatado en la situación de salud de los pueblos, y ayudarnos a comprender sus raíces.

Lamentablemente los informes actuales más difundidos sobre la salud regional, que circulan por las dependencias oficiales, no permiten entender con claridad el deterioro profundo que marca la salud de los pueblos latinoamericanos; ni la relación entre dicho deterioro y la inédita concentración de riqueza que ahora existe. Elaborados en vistosas ediciones, y respaldados por importantes bases de datos, sin embargo no están hechos para desnudar la realidad, y por eso, al igual que los medios de comunicación de masas que maquillan u ocultan las evidencias de inequidad política y social, así mismo los informes oficiales de sa-

lud ocultan los efectos devastadores que ha provocado, por ejemplo, el fundamentalismo de mercado que desde hace dos o tres décadas, ha convertido los bienes de la salud en mercancías, en lugar de asumirlos como derechos humanos inalienables. Los informes oficiales de salud, más allá de la buena voluntad de sus gestores, y a pesar de su robusta construcción matemática y formal, se encuentran atados a una lógica que enmascara la realidad. Es así porque al basarse en un paradigma positivista, oscurecen la situación de salud, pues magnifican avances promediales insignificantes de los programas nacionales, mientras encubren los grandes problemas, o por lo menos los presentan de tal forma que es imposible establecer su origen estructural.

Algunos ejemplos concretos nos ayudan a comprender mejor este tipo de falacias, a las que nos conducen algunos informes oficiales. Así, por citar un caso, el hecho de que los registros oficiales de salud de países con crecientes inequidades y abismos sociales, se repleten de tablas y curvas estadísticas que comprueban una discreta mejoría de algunos indicadores de salud promediales -como los de mortalidad en edad temprana-, a pesar de que para el ojo de un especialista no constituyen pruebas de una mejoría de la situación integral de calidad de vida y salud de los niños, –pues dichos promedios pueden disminuir o mejorar ligeramente, a pesar de que se agraven los contrastes de calidad de vida entre regiones y clases sociales, por ejemplo-, en cambio, dichas curvas sí pueden inducir la falsa imagen de recuperación. Es por este motivo que, en otro escrito analizamos en profundidad este tipo de falacias que encierran los indicadores oficiales [Breilh, 1990]. Como lo hemos afirmado antes, quienes realizan estos cálculos no son mercenarios intelectuales –como sería un Montaner- son técnicos bien intencionados, o aún de intencionalidad progresista que, con su modo de hacer ciencia, terminan sin quererlo contribuyendo a la reproducción de hegemonía. Y como para reafirmar lo dicho, podemos recordar la manera en que, usando el índice de desarrollo humano de NNUU, se pudo construir una imagen matemática de bienestar social en países francamente injustos. El ampliamente citado índice de desarrollo humano del PNUD, por ejemplo, –indicador compuesto que reflejaría según sus autores "una vida larga saludable, conocimientos y un nivel de vida decoroso" [PNUD, 2001], tuvo una curva de ascenso o mejoramiento significativa ($r>0.94$; $p=0.00$) en países como Argentina y Ecuador, de 1984 al 2000, precisamente cuando el modelo neoliberal se ensañaba en esos países, colocando a sus pueblos en trance de un grave deterioro social y un malestar masivo que los llevó a eclosiones de inconformidad y a derrocar a los presidentes que empujaron esa voracidad [Breilh, 2002].

Claro que, en las últimas décadas neoliberales, la magnitud del empobrecimiento y la expansión de los contrastes sociales ni siquiera dejan lugar en muchos casos a esas discretas maniobras estadísticas, y los índices muestran empeoramiento. Pero, cuando se registran indicadores de salud deteriorados, por ejemplo, estos aparecen desconectados de la realidad social que los generó, porque las categorías y variables de análisis que se usan, y la forma de elaborarse los análisis hacen que estén sistemáticamente ausentes los indicadores de procesos determinantes claves para la salud, como: la concentración económica /exclusión social; como la institucionalización de la violencia y la agresión; como la desregulación legal que desprotege la vida de los ciudadanos y de la población trabajadora para ponerlas al servicio de los grandes negocios; como la pérdida de derechos humanos y su transformación en mercancías; como la agresión e imposición cultural; como la destrucción de la biodiversidad y la apropiación de recursos vitales (agua, energía, recursos genéticos). Un caso reciente de ese tipo de reportes que muestran la miseria pero sin sus raíces es el Informe del Banco Mundial –casi parece una

autoconfesión de culpa- intitulado "Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América latina: 1994-2004" [Hall & Patrinos, 2005] en el que se despliegan las cifras de la pobreza indígena pero sin articularlas al proceso de despojo neoliberal, sino como que fueran una especie de condición atávica de un retrazo "étnico".

El Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, recupera entonces el tipo de categorías y relaciones que tienden a ser olvidadas por la "ciencia del poder" para que el análisis epidemiológico se impregne de realidad y para que los pueblos puedan disponer de una herramienta de análisis que penetre en las raíces de su propio sufrimiento, y pueda construir sobre bases confiables una estrategia para avanzar hacia la esa otra salud posible.

Breve Historia de los Informes Alternativos

El punto de partida fue, como se ha dicho, el constatar que en las últimas dos décadas se han conseguido logros apenas modestos en ciertos indicadores promediales del estado de salud de la población mundial –como la esperanza de vida, la mortalidad infantil o un relativo control de ciertas enfermedades infecciosas y algunas crónicas-, han vuelto a emerger muchas enfermedades y otras se presentan otras con acelerada incidencia.

De ese modo se expandieron las voces de reclamo por otro tipo de informes de salud que fueran veraces, que pusieran la mirada en los problemas de los excluidos, de las masas depauperadas que se agolpan en las ciudades y en el campo, y sobretodo que fueran elaborados por organizaciones confiables que no representasen la mirada del poder.

Para arrancar se convocó a núcleos científicos y organizaciones especializadas que tuvieran experiencia en la investigación. Ante eso, a mediados de los años 80 diferentes movimientos de la sociedad civil iniciaron conversaciones sobre la necesidad de inyectar "realidad" a las políticas internacionales de salud y a la información que requerimos para evaluar la situación. Luego de algunos eventos preparatorios realizados en distintos puntos del Mundo, se llegó a la convocatoria de la I Asamblea de Salud de los Pueblos (coalición de organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, activistas sociales, profesionales de la salud, académicos e investigadores), realizada en Bangladesh en diciembre del año 2000, con 1500 delegados de 75 países. El lema central de la primera asamblea y que sigue proyectándose como una necesidad urgente fue: "escuchar a los ignorados".

En esa cita fundamental surgió una agenda y la conocida "Declaración para la Salud de los Pueblos" que reúne los principios que movilizan desde entonces voluntades en todo el planeta y que se resumen así: lucha por el más alto nivel de salud humana bajo equidad; la conquista de un sistema integrado y democrático de salud, con una sólida atención primaria de alta calidad; impulsar el derecho a la salud como tal, y no como mercancía; la implementación de un sistema integral conducido por las colectividades y para sus intereses; y finalmente, la responsabilidad ética y sanitaria de comprender la planeación de la salud como un proceso determinado por las condiciones económico-sociales, culturales y políticas, y no apenas por la dotación de servicios curativos, que hasta ahora siguen siendo un privilegio de los grupos sociales pudientes. Con estos antecedentes llegamos a la realización de la II Asamblea Mundial.

En el seno del movimiento explicado, surgió ese apremio por un análisis alternativo al "Informe Mundial de la Salud" de la OMS. Se clamó por un tipo de informe que surgiera independiente de las estructuras oficiales de poder y de las agendas de las agencias de cooperación internacional; que apoyara a los pueblos en la construcción de sus diagnósticos, de su lucha por

la equidad y por la vigencia de los derechos humanos-/sociales; un instrumento, además, para monitorear las políticas de las instituciones de salud internacionales; en síntesis, una herramienta para la justicia social en el campo de la salud. La idea de un informe alternativo culminó con la iniciativa denominada Observatorio Mundial de la Salud (Global Health Watch).

La construcción de dicho Observatorio Mundial, ha estado coordinada por entidades reconocidas internacionalmente, como "Global Equity Gauge Alliance" y "Medact", y se ha proyectado en grupos de trabajo en todos los continentes que convergen ahora para el lanzamiento de un Primer Informe Alternativo de la Salud Mundial, durante la II Asamblea (Cuenca-Ecuador, miércoles 20 de Julio del 2005), frente a delegaciones de todos los continentes, y replicado simultáneamente en 10 ciudades de todos los continentes.

En este año se decidió publicar complementariamente un Informe Alternativo Regional Para América Latina, no sólo en atención al hecho de que la II Asamblea se realiza en un país Latinoamericano, sino al reconocimiento de que en esta región y en Ecuador, existen valiosas contribuciones de una investigación innovadora y exitosos programas alternativos de salud. La responsabilidad de coordinar el diseño y elaboración de este reporte, así como su lanzamiento, ha recaído en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito-Ecuador, que suma esta actividad a la celebración de 25 años de producción científica, vinculada a la construcción de un pensamiento crítico y al impulso de una salud emancipadora.

Los Informes Convencionales: Metodología de Renuncia a la Equidad

El origen de las fallas que hemos señalado en los informes institucionales no puede comprenderse sólo desde un enfoque ético, es decir como si resultara solamente de una intención por oscurecer los diagnósticos. Si bien algunos gobiernos conservadores encubren la ineficacia, o aún la corrupción con estadísticas amañadas, el problema es que, como lo hemos dicho antes, incluso grupos técnicos muy bien intencionados terminan con resultados falaces; no porque sus cálculos estadísticos encierren errores, en sí mismos, sino porque se emplean modelos de análisis fetichistas; es decir, presentaciones que muestran sólo los efectos en salud, sin poner en evidencia los procesos sociales que los generaron, sin mostrar las relaciones de poder que provocan carencias y sufrimiento en la salud, pues constituyen barreras que obstaculizan la vigencia de los derechos humanos.

¿Cómo entender que los informes de salud convencionales constituyan una forma de renuncia a la equidad cuando incluso mencionan la inequidad en ocasiones? El hecho es que en el campo de la investigación, la construcción de modelos diagnósticos o de evaluación de la salud, se basa en corrientes científicas concretas y los técnicos que diseñan y planifican un informe de salud, sépanlo o no, al hacerlo aplican un paradigma interpretativo. ¿Qué quiere decir esto? Que al armar un diagnóstico utilizamos conceptos, visibilizamos o priorizamos algunos hechos y relegamos otros, escogemos unas variables y no otras, mostramos las relaciones entre variables de un modo determinado, y rescatamos cierto tipo de valores. Ese conjunto de decisiones y operaciones metodológicas conforman una matriz desde la cual describimos e interpretamos la realidad. No cabe aquí detenernos en una explicación de los modelos interpretativos más comúnmente usados al informar sobre una situación de salud, apenas diremos que para el movimiento de los pueblos, una influencia muy negativa en el pensamiento de salud ha sido el positivismo, que es precisamente la corriente de pensamiento que más ha influido la confección de los informes más conocidos.

Este no es un tema fácil para abordarlo en este trabajo, pues explicar las trampas del positivismo a lectores no familiarizados con el debate de las ideas científicas –epistemología de la ciencia- no es asunto sencillo. Nos conformaremos con establecer algunas reflexiones básicas. En primer lugar, el positivismo no es la única corriente ni se presenta de manera pura y claramente visible. Son muchas sus variantes y en no pocas ocasiones existe en mezcla con otras lógicas, pero lo que sí interesa resaltar como un hecho clave, del que las organizaciones populares deben tomar conciencia, es que el abordaje positivista es el que presenta la problemática segmentada o desconectada de su contexto social histórico, donde las variables aparecen desprovistas de una comprensión integradora, donde la realidad en salud se atomiza en muchas variables o factores, supuestamente causales de enfermedad, pero desconectados de los procesos que explican su aparición y movimiento; en suma, mirada que reduce la realidad a sus pedazos, que no conecta esos pedazos o los relaciona de manera superficial y mecánica.

Análisis de la Desigualdad Sin Inequidad es un Engaño

Para las cúpulas del poder, el que la información de los informes de salud se muestre por pedazos y no se puedan reconocer el origen de esos pedazos no es un problema sino por el contrario una solución. Ese tipo de diagnósticos producen la ilusión de que se está abordando rigurosamente los factores de enfermedad, cuando en verdad los pedazos recogidos de la realidad no pueden armarse, y por tanto la imagen que podemos elaborar sobre la situación de salud desde ese tipo de enfoque, termina encubriendo la realidad bajo la apariencia de seriedad científica que otorgan los cuadros estadísticos o, aún más, los sofisticados modelos matemáticos.

En cambio, los pueblos interesados en conocer a fondo su realidad para transformarla, requieren romper esos enfoques reduccionistas y construir interpretaciones integrales de los problemas, destacando aquellos que constituyen el meollo de la situación de salud, y mirando con cuidado la relación de esos problemas con las grandes relaciones sociales, de poder y dominación, que caracterizan a sociedades jerarquizadas como las nuestras.

Hablar de desigualdad y llenarnos de tablas e indicadores sobre desigualdad social urbano-rural, entre los llamados "estratos sociales", entre géneros, etc. puede resultar retórico, si es que no relacionamos el conocimiento de dichas desigualdades con el estudio de las inequidades de poder que las generan. Por eso es que decimos que mostrar cifras de la desigualdad sin análisis de la inequidad es un engaño, y es una operación perfectamente aceptable para quienes no pretenden cambiar el mundo sino apenas modificar sus aristas más peligrosas para la estabilidad del poder. La divulgación sobre indicadores de desigualdad no amenaza la hegemonía de los poderosos, sino por el contrario puede hasta resaltar su magnánima virtud de reconocer que hay diferencias sociales; mientras que, el anuncio de las relaciones sociales de poder y dominación como determinantes de salud, eso si es intolerable pues pone al desnudo el carácter esencialmente inequitativo de nuestras sociedades y apunta a cambios de fondo que implican romper con dichas estructuras de dominación.

En América Latina, talvez por la histórica proximidad de los grupos académicos progresistas con la lucha social, surgió tempranamente –ya en la década de los 70- una renovada visión de la salud pública y de las disciplinas como la epidemiología que son la base de los diagnósticos e informes de salud, y por eso, junto con la irrupción de un Movimiento Latinoamericano de la llamada Medicina Social -más conocida ahora como Salud Colectiva-, comenzó a darse una renova-

ción de los estudios de evaluación del estado de la salud[1], que algunos autores reconocen como uno de los movimientos más vitales hacia una ciencia orientada por la justicia social y basada en una creativa renovación de los paradigmas sobre la salud [Waitzkin; Iriart; Estrada & Lamadrid, 2001].

En años más recientes empezaron también a darse en el primer mundo académico y en las agencias internacionales, ciertas señales de una apertura a los enfoques más sociales en los diagnósticos sobre salud. Eventos como la convocatoria a una "Conferencia de Evaluación sobre el Impacto a la Salud y los Derechos Humanos en la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Harvard[2], donde se llamó la atención acerca de la necesidad de abrir las interpretaciones de la salud a las determinaciones socio-ambientales y ligarlas a los derechos humanos y la inequidad; o la formación en marzo de este año de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud por la OMS[3], con el mandato expreso de superar los enfoques restringidos a enfermedades puntuales y mirar los problemas generales derivados de la desigualdad social, nos hablan de una reacción contra los esquemas positivistas, sobre los que los movimientos del Sur llamaron la atención hace varias décadas.

En el último Foro Mundial para la Investigación en Salud[4], se discutió el año pasado la grave distorsión que existe en el sistema de prioridades asignadas a la investigación en salud, puesto que existe el llamado "desfase 10/90", porque apenas el 10% de los recursos van para el bulto del 90% de los problemas de salud de los pueblos. Dicho desfase refleja la lógica comercial que impera en las instituciones que conducen la investigación en salud y la poca importancia que se otorga a los problemas que afectan a las masas sociales, pero que no reciben prioridad en la medida en que su investigación es buen negocio. En ese mismo evento, una comisión internacional propuso una "matriz de enfoques combinados" [Ghaffar; De Francisco; Matlin, 2004] para priorizar inversiones en investigación basadas en evidencias. No podemos discutir aquí las falencias de dicho modelo, sólo cabe destacar que, si bien la matriz citada propone un campo de análisis más amplio, que reconoce el impacto de las políticas macroeconómicas, del sistema de salud, de otros sectores como el laboral, legal y educacional, y de los problemas ecológicos como determinantes de la salud, sin embargo reduce el ámbito de las intervenciones a las que se pueden efectuar desde las instituciones, sin plantear una crítica de la estructura de poder.

El Informe Alternativo: Pensamiento Crítico y Acción Liberadora

El enfoque de Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina presupone una crítica a la estructura de poder y un cambio de la misma como vía esencial para la conquista de ese otro estado de salud anhelado por los pueblos. En esa medida presupone un paradigma crítico del conocimiento y una visión transformadora de la intervención en salud.

Para cumplir su cometido el Informe Alternativo se propuso en su primera sección penetrar en los efectos devastadores del modelo de acumulación económica aplicado en la región en las últimas décadas. La idea es no hablar de globalización a secas, pues no existe foro contemporáneo en que no se interpreten y justifi-

1. En el portal de Internet del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (http://hsc.unm.edu/lasm) puede encontrarse una base de datos bibliográfica sobre la producción científica de la Medicina Social Latinoamericana y su visión innovadora.
2. Harvard School of Public Health (2002). Conference on Health Impact Assessment and Human Rights. Boston, august 16-19.
3. OMS - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (http://www.who.int/social_determinants)
4. Foro Global de Investigación en Salud. México, 16-20 Noviembre del 2004

quen los problemas, apenas aludiendo a la globalización, como un simple problema de mundialización del sistema económico y del mercado. Desafortunadamente, ese tipo de mirada no visualiza características centrales del capitalismo actual, que lo distinguen de otras épocas y que tienen un peso inmenso sobre la salud.

En el capitalismo tardío la base tecnológica de la comunicación digital y otros recursos tecnológicos son claves, pero si bien es importante reconocer la importancia de dicha revolución tecnológica, no debemos perder de vista que la raíz de la dominación social radica ahora más bien en los procesos estructurales de un nuevo modelo de acumulación de capital, y que Harvey lo define como acumulación por despojo [HARVEY: 2003]. Según sostiene dicho autor, la lógica del capitalismo ya no sólo trabaja mediante la extracción de plusvalía a los/las trabajadores/as, y mediante los tradicionales mecanismos del mercado, sino que ha montado verdaderas prácticas predatorias, el fraude y la exacción violenta, las cuales se aplican aprovechando las desigualdades y asimetrías de poder, para despojar directamente a los países más débiles o a los grupos más débiles de sus recursos.

Los estudios de casos expuestos en los diferentes capítulos de la sección I ("El Modelo de Acumulación por Despojo y la Salud"), ponen en evidencia el empobrecimiento extremo de los pueblos, la destrucción de sus condiciones de vida y el deterioro de la integridad ambiental. Muestran cómo opera la lógica de las grandes corporaciones, cuyas ganancias crecen demoliendo las condiciones de vida, al tiempo que las movilizaciones sociales impulsan creativamente los derechos humanos y la defensa de la salud. Los distintos capítulos van eslabonándose para mostrar: el avance de los monopolios que van reinventando la inequidad; la institucionalización de la violencia; los casos de retrocesos de las leyes laborales y de protección social, con la consiguiente degradación de las condiciones de trabajo y de vida; la paulatina transformación de los derechos humanos en mercancías; los casos de agresión cultural y las variadas formas de destrucción de la biodiversidad.

En la sección II ("Esa Otra Salud Posible") se presenta en cambio el otro lado de la moneda, que son los avances conseguidos a pesar de todo por los gobiernos nacionales y locales de orientación humano social; se registran las victorias obreras en la defensa de la vida; se muestran las propuestas populares autogestivas e incluso se aborda la lucha emancipadora en campos como el deporte; se habla de la necesidad de tender puentes entre los saberes de los pueblos entre sí y con el conocimiento académico liberador.

Al incorporar estas opciones en el Informe Alternativo, no estamos avalando los proyectos políticos generales en cuyo seno fueron gestadas, y cuyo análisis crítico lo están realizando los movimientos sociales liberadores de América Latina, estamos apenas destacando experiencias exitosas para oponerse al proyecto neoliberal en salud, que si bien se generan en espacios políticos contradictorios, encarnan propuestas para salud con un potencial emancipador.

Dado que se tuvo que armar el informe en un tiempo muy breve y preparar simultáneamente versiones en castellano e inglés, el CEAS (Quito, Ecuador) debió aplicar a fondo el acelerador, convocando a especialistas y organizaciones sociales con las que había desarrollado un trabajo fraterno en sus dos décadas y media de lucha por la salud colectiva. En síntesis, nuestro llamado fue respondido por 60 autores individuales, procedentes de 10 países y de más de 30 organizaciones de la región (entre los más representativos núcleos académicos u organizaciones de los pueblos). Un esfuerzo de esta magnitud no pudo arribar en tan corto tiempo a una producción que tuviera toda la cohesión deseada, pero en cambio encuentra su unidad en el enfrentamiento emancipador que todos los autores y sus organizaciones llevan adelante en contra de este sistema social irracional, genocida e inhumano

en que vivimos.

Sinceramente esperamos que Informe Alternativo haya cumplido los dos propósitos que inspiraron su diseño: ser parte de nuestra memoria colectiva en el sentido progresista que adquiere la celebración de la memoria cuando, como lo expresa el Subcomandante Marcos, la memoria mira al futuro y "…esa paradoja es la que permite que en ese mañana no se repitan las pesadillas, y que las alegrías, que también las hay en el inventario de la memoria colectiva, sean nuevas"; y en segundo lugar, aclarar la diferencia que Brecha estableció entre una retórica conservadora y la lógica emancipadora de los productos culturales que no se reducen a ser "un simple espejo puesto al frente de la realidad sino un martillo para golpearla".

El Informe Alternativo es una reafirmación de nuestro derecho a construir, sin las mediaciones del poder, nuestro derecho a la memoria; y la memoria de los pueblos, cuando recoge la sustancia de su dolor y sus alegrías, cuando es alimento y celebración de un mañana distinto, se convierte en un instrumento emancipador.

REFERENCIAS

- BREILH, JAIME & AL (1990). Deterioro de la Vida: Un Instrumento para Análisis de Prioridades Regionales en lo Social y la Salud. Quito: Corporación Editora Nacional.
- BREILH, JAIME (2002) El Asalto a Los Derechos Humanos y el Otro Mundo Posible. Quito: Espacios, 11: 71-82.
- HALL, GILLETTE; PATRINOS, ANTHONY (2005) Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina. Washington: Banco Mundial.
- GHAFFAR, ABDUL; DE FRANCISCO, ANDRÉS; MATLIN, STEPHEN (2004) The Combined Approach Matrix: A Priority Setting Tool for Health Research. Geneve: Global Forum for Health Research.
- HARVEY, DAVID (2003) The New Imperialism. Oxford: The Oxford University Press
- WAITZKIN, HOWARD; IRIART, CELIA; ESTRADA, ALFREDO; LAMADRID, SILVIA (2001) . Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. American Journal of Public Health, October, Vol 91, No. 10 1592-1601

Secci n I:

EL DETERIORO DE LA SALUD DESDE LA MIRADA DE LOS PUEBLOS

(Modelo de Acumulación por Despojo y la Salud)

















Monopolio, Inequidad y Salud

2 La Reinvención Neoliberal de la Inequidad en Chile: El Caso de Salud

María Eliana Labra

Estado de compromiso y políticas de salud

Bajo inspiración conservadora, se introdujo en Chile, en 1924, el Seguro Obrero Obligatorio, basado en el régimen de repartición y financiado con aportes tripartitos. El llamado Seguro Social se destinó a proteger a los trabajadores "manuales" del mercado formal urbano contra los riesgos de invalidez, vejez y enfermedad. De ese modo, quedaron fuera los sectores más pudientes, así como los empleados públicos y particulares para los cuales fueron creadas cajas previsionales de capitalización individual. El Seguro Social prestaba atención médica ambulatoria en unidades propias y cuidados hospitalarios en establecimientos de la Beneficencia Pública, institución colonial caritativa. En cuanto a la Salud Pública, los programas y acciones eran realizados por diversas reparticiones estatales. Las Fuerzas Armadas y del Orden tenían (y aún tienen) regímenes previsionales y asistenciales propios. Ya la medicina privada carecía de gravitación y su desarrollo posterior fue muy limitado, a pesar de la adopción de esquemas asistenciales de libre elección en el ámbito de la previsión de los empleados.

La instauración en Chile del Seguro Social coincide con el pasaje de la dominación oligárquica al Estado Moderno y la promulgación de la Constitución

liberal de 1925. Además de asegurar los derechos civiles, políticos y sociales, la Carta estableció el deber del Estado de mantener un servicio nacional de salud pública. Esta determinación acompañó orientaciones de la Fundación Rockefeller y de la Oficina Sanitaria Panamericana en el sentido de que los gobiernos latinoamericanos organizaran la salud pública de forma centralizada y comandada por un estamento médico especializado - los sanitaristas o salubristas. [Labra, 1985]

A fines de la turbulenta década de 1920 y comienzos de la siguiente se perfila en le país un sistema político partidario de amplio espectro, conformado por fuerzas de derecha, de centro y de izquierda que van a gobernar mediante delicados arreglos de compromiso hasta el brutal quiebre de la democracia en septiembre de 1973. Vale acotar que los partidos políticos se constituyeron en el eje de las relaciones Estado-Sociedad; sin embargo, la ideología de clase que los diferenciaba dejó su impronta en las políticas sociales y de salud en especial.

La discriminación entre obreros y empleados instituida con el Seguro Social derivó en una pugna histórica liderada desde los años 1930 por el médico socialista Salvador Allende, ministro del área social (1939-1941), notable parlamentario y Presidente de la República electo en 1970. Allende luchó por la integración de las cajas de la Previsión Social y por la unificación de todos los servicios de salud en una única institución, bien como por la corrección de las disparidades geográficas y de clase, partiendo del principio de que la salud es un derecho universal y que la situación de salud es determinada antes de todo por factores como salarios dignos, vivienda, alimentación, educación, recreación y cultura. [Allende, 1939] Las contiendas en torno a esas cuestiones habían surgido con fuerza durante la efímera "República Socialista" de mediados de 1932 y la irrupción de corrientes progresistas defensoras de profundas transformaciones estructurales en el país. En ese escenario, grupos médicos de izquierda, influenciados por el revolucionario sistema de salud soviético, propugnaron la diseminación de "usinas sanitarias" en todo el territorio nacional, integradas en un conjunto universal, integrado, eficiente y humano y dirigido por un "estado mayor técnico" que tendría la planificación centralizada como herramienta principal.

Esos eventos recrearon, en la esfera de la salud, la histórica lucha entre tres corrientes ideológicas que dividieron a los profesionales y cuyos vestigios aún persisten: la derecha, defensora de la asistencia médica estatal apenas para los pobres y desvalidos; el centro, favorable a la manutención de la asistencia médica previsional separada de la salud pública; y, la izquierda, partidaria de un sistema de salud único, integrado y universal, inspirados en los principios de la medicina social. Esas posiciones afloraron en cada coyuntura de decisión sobre los cambios en la salud; mas, debido a la naturaleza del Estado de compromiso chileno, las consiguientes reformas legales resultaron en un híbrido de esas posturas.

Es así como las demandas por políticas sociales más equitativas fueron parcialmente respondidas cuando, en 1952, después de 11 años de tramitación legislativa, la pretendida unificación de las cajas de previsión se restringió a la modificación del régimen de beneficios del Seguro Social. A pesar de todo, fue fundamental el hecho de que, mediante artificios del juego parlamentario, se introdujese en esa misma ley un artículo que fusionó todos los servicios médicos y hospitalarios y las reparticiones de la salud pública del país en una nueva institución - el Servicio Nacional de Salud (SNS). Y ello bajo inspiración del National Health Service (NHS), creado en la capitalista Inglaterra en el contexto de la instauración de nuevas concepciones de Seguridad Social, en 1948, cuya cobertura era universal y financiado con recursos del Tesoro. Pero la intención de imitar el NHS fue truncada puesto que el SNS quedó inserto en el Seguro y, por tanto, sujeto a

las mismas limitaciones financieras de éste y con cobertura restricta a los obreros urbanos.

Tal resultado, producto de la correlación de fuerzas de la coyuntura[1], revela tanto el poder de la derecha latifundista al vetar la inclusión de los campesinos en el Seguro Social como también la oposición de los partidos de centro a la equiparación entre obreros y empleados. Así, en materia de atención a la salud, con el nuevo SNS se mantuvo la cobertura asistencial para los trabajadores urbanos con libreta y sus cargas y para indigentes que certificasen esta condición. No obstante, se ha de consignar que el SNS fue pionero en América Latina, constituyéndose en un paradigma por su ingeniería institucional, competencia técnica y organización territorial en "zonas de salud", por la inédita adopción de métodos de planificación y programación y por la excelencia de sus cuadros dirigentes, todos formados por la Escuela de Salubridad, creada en 1943[2].

A esos eventos cabe añadir la fundación, en 1948, del Colegio Médico de Chile, que Allende pasó a presidir. Con ello la Orden acumuló excepcionales prerrogativas de estatus público, como la representación monopólica de la profesión y el control ético exclusivo de los pares, tornándose un actor sectorial y nacional central. Y fue gracias a ese poder corporativo que los médicos, frente a la eventual fusión de los servicios, pudieron negociar un estatuto especial que los convirtió en funcionarios públicos privilegiados.

En el año 1960, la población era de 7,4 millones de habitantes, la mayoría en situación desmedrada puesto que el 72% de la Población Económicamente Activa ganaba menos de un sueldo mínimo de subsistencia. En cuanto al SNS, concentraba el 95,5% de las camas del país y atendía gratuitamente al 70% de los chilenos, lo cual muestra que muchas personas sin derecho legal utilizaban los servicios recurriendo al expediente de la indigencia.

La no resolución del problema del acceso universal al SNS y el déficit financiero crónico provocaron innumerables choques hasta 1968, cuando el gobierno demócrata cristiano, con el apoyo de los socialistas, decidió crear un Sistema Unificado de Salud. No obstante, nuevamente el proyecto de ley fue mutilado debido a variadas presiones: las asociaciones de empleados no querían igualarse a los obreros porque podrían perder la atención de libre elección, administrada desde 1942 por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA); los médicos pugnaban por aumentar sus remuneraciones mediante la expansión del ejercicio privado, en consonancia con el movimiento continental a favor de un estatus más elevado para la profesión; los partidos de oposición, en fin, veían en el conflicto la oportunidad de confrontar al gobierno. Como no fue posible alcanzar acuerdos políticos más generosos, el resultado fue una ley muy peculiar que insertó el régimen del SERMENA (y sus parcos recursos) en el SNS solamente para las categorías de empleados, que así accedieron a los servicios públicos mediante la libre elección del profesional y copagos por acto médico, pero en horario diferente del destinado a la población beneficiaria tradicional. En suma, dentro del SNS se instituyeron dos formas de gestión que desorganizaron la unicidad existente y reforzaron la discriminación de clase, además de no resolverse la cuestión financiera.

En 1971, el Presidente Allende enarboló la bandera del Sistema Unificado de Salud (SUS), cuyo diseño contemplaba financiación fiscal, cobertura universal, equidad en el acceso, calidad de la atención y participación comunitaria, además de un conjunto de po-

1. Se trata de la coyuntura política de 1948-1952, cuando la fase de los gobiernos del Frente Popular, iniciada en 1938, llegaba al fin.
2. La fundación de la Escuela de Salubridad fue producto del esfuerzo conjunto de la Universidad de Chile, de la Dirección General de Sanidad y del Instituto Bacteriológico y del apoyo de la Fundación Rockefeller. Bajo la dictadura fue "desideologizada" y desmantelada, pasando en 1981 a llamarse Escuela de Salud Pública y a hacer parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

líticas sociales redistributivas indispensables para mejorar la situación de salud. Mas, en el clima de polarización ideológica reinante en 1973, el SUS fue bloqueado por el Colegio Médico, que terminó apoyando la renuncia del colega Presidente. Como bien se sabe, el cruento golpe militar de 11 de septiembre de 1973 puso abrupto fin a la senda democrática que a lo largo de 140 años se venía ensanchando en el país; aniquiló derechos civiles, políticos y sociales arduamente conquistados; sembró la inseguridad entre los ciudadanos y hundió a la nación en el terror durante diecisiete años.

Las reformas del neoliberalismo autoritario

El pionero experimento neoliberal emprendido en Chile en la dictadura, bajo el dogma de la primacía del mercado y de la falencia del Estado Desarrollista y Benefactor, fue formulado e implementado en tiempo muy corto (1978-1981) por el núcleo hegemónico formado por Pinochet y economistas oriundos de la Escuela de Chicago que emprendieron vastas "modernizaciones" en todos los campos del quehacer nacional. De ellas no escaparon Previsión y Salud, cuyo desmonte contó con la activa participación del Colegio Médico, ahora en manos de un grupo ultraderechista.

En el área de la Previsión, los fondos acumulados en las cajas por los trabajadores civiles fueron transferidos a sociedades lucrativas –las Administradoras de Fondos de Pensión (AFP). A pesar de las graves restricciones impuestas por las crisis internacionales e internas de la época, el nuevo sistema fue viabilizado mediante la masiva transferencia de recursos desde los demás sectores sociales hacia las AFP y el decreto de una cotización obligatoria del 10% de la renta imponible, de la cual, empero, quedaron exentos los patronos y el Fisco[3]. Con la privatización de la Previsión, hubo libertad para introducir en el sector salud reformas totalmente opuestas a los rumbos anteriores e institucionalizar el principio de que la inequidad es un fenómeno "natural" que sólo puede corregirse con la libre competencia y con el esfuerzo individual (léase capacidad de pago).

Los cambios neoliberales efectuados en el sector salud bajo esa premisa pueden resumirse en siete puntos:

1. Extinción del SNS y creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), regionalizado en 27 servicios;

2. Separación entre funciones normativas (Ministerio de Salud), ejecutivas (servicios regionales) y financieras;

3. Esta tercera función quedó a cargo del nuevo Fondo Nacional de Salud (Fonasa), importante ente ministerial autónomo (pero subordinado al área económica), encargado de la administración financiera y de la atención de libre elección;

4. Introducción de un segmento lucrativo de planes de salud, inexistente en Chile hasta entonces, intermediado por las llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapres);

5. Municipalización de la Atención Primaria mediante traspaso de los centros de salud a las alcaldías;

6. Fijación de un aporte obligatorio de 2% de la renta imponible para la salud, alzado al 7% desde 1987, y

3. Se debe tener presente que por la vía democrática, y no más por la fuerza, numerosos países vienen adoptando el modelo chileno, no obstante sus comprobadas inequidades.

del cual quedaron exentos los patronos y las personas que se afilian a una Isapre;

7. Estratificación de los usuarios según el ingreso a la atención en los servicios públicos de acuerdo con dos modalidades: institucional y de libre elección, también desde 1987.

Esos cambios buscaron, en definitiva, instaurar en Chile una medicina para ricos y otra para pobres, produciendo al mismo tiempo una hecatombe que se reflejó en fragmentación, segmentación, desorganización y desfinanciamiento de los servicios, devastación del parque hospitalario, congestionamiento en la atención y desmoralización de los funcionarios debido a despidos, depreciación salarial, pérdida de derechos y persecución política.

Los neoliberales también se ensañaron contra el mundo asociativo bajo el pretexto de que las organizaciones cohíben la competición libre. Es así como el Colegio Médico y demás colegiados profesionales tuvieron sus prerrogativas anuladas y fueron obligados a convertirse en "asociaciones gremiales" de afiliación voluntaria. El protagonismo de la Institución, revivido en la lucha contra la dictadura, fue afectado, sin embargo, por esos hechos y también por la emergencia de un poderoso actor con el cual pasó a rivalizar en las arenas de decisión de políticas públicas: la Asociación de Isapres.

Esperanzas e incertidumbres en la "neodemocracia"

Las "modernizaciones" arriba esquematizadas se mantienen hasta ahora, aunque desde 1990 los gobiernos democráticos vienen adoptando variadas medidas tendientes a corregir en la salud problemas como los señalados y a atenuar las desigualdades sociales en general mediante políticas compensatorias de carácter menos focalizado.

Conforme el Censo de 2002, la población de Chile alcanza a 15,1 millones de habitantes, siendo 86,5% urbana. El analfabetismo es de 4%. La cobertura urbana de la red de agua es del 100% y la de alcantarillado llega a 91%. Se ha de señalar que la pobreza, que era de 38,6% en 1990, bajó al 18,8% en 2003. Sin embargo, la concentración de la renta se mantiene muy alta: mientras el 10% de los más ricos retiene 41% de los ingresos, el 10% de los hogares más pobre retiene apenas 1,5%. En lo referente a los indicadores básicos de salud, el Censo de 2002 muestra tasas como las siguientes: mortalidad general por mil habitantes - 5.3; mortalidad materna por diez mil nacidos vivos - 1.7; mortalidad infantil por mil nacidos vivos - 8.3; mortalidad en menores de cinco años por mil nacidos vivos- 10.2; fecundidad general - 2.2. [Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2003] A pesar de que el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD de 2003 confirma la inicua concentración de ingresos en Chile (Índice de Gini de 56.1), los indicadores de salud, aliados a una buena escolaridad, son considerados muy buenos para un país en desarrollo y es por ello que en el Informe del PNUD de 2003 Chile está clasificado en el grupo de países con alto Índice de Desarrollo Humano (IDH), ocupando el 430 lugar, con un coeficiente de 0.831. [United Nations Development Programme, 2003]

Volviendo al sistema de salud, en la actualidad la cobertura asistencial y sanitaria es la siguiente: los programas ministeriales de salud pública llegan al 100% de la población; los servicios públicos prestan atención médica y hospitalaria al 67,5% y las Isapres cubren un 18,5% con sus 16.000 planes de salud, mientras que el resto se atiende en los servicios de las Fuerzas Armadas y Policías o en la medicina particular. Con referencia a las camas, 81,6% pertenece al SNSS y el 18,4% a las Isapres [Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Sa-

lud, 2004]. Esas cifras muestran que, a pesar de los desmandos del autoritarismo, el rol del Estado en salud continúa siendo crucial para la población.

En el ámbito del SNSS, dos puntos referentes a la equidad merecen especial consideración: el acceso a la atención y el financiamiento del sistema. Respecto del acceso, en base a la premisa de que frente al mercado todos somos iguales, se eliminó la distinción legal entre obreros y empleados; en compensación, los copagos de la libre elección se extendieron a la atención institucional. En esta modalidad los copagos dependen del tramo de ingreso mensual y para ello los usuarios son clasificados como sigue:

- Grupo A: indigentes-exentos;
- Grupo B: ingreso cercano a 200 dólares-exentos;
- Grupo C: ingreso entre 200 y 300 dólares-pagan el 10% del arancel;
- Grupo D: ingreso superior a 300 dólares-pagan el 20% del arancel.

Se accede a los grupos A y B mediante certificado de indigencia o comprobante de ingreso. La clasificación en el Grupo C o D varía según el ingreso y el número de cargas. En los últimos años se ha extendido la gratuidad a las consultas en Atención Primaria, a los mayores de 65 años y a las enfermedades catastróficas. Los particulares que requieran asistencia deben pagar el 100% de la prestación. Los valores del arancel son fijados anualmente por el ministerio de Hacienda con Fonasa.

Respecto a la distribución de los usuarios, el 70,5% se concentra en los grupos A y B, donde se ubican las personas de menores recursos e indigentes. Esto llama la atención porque, como se dijo, un 18,8% de la población es pobre, siendo que de ella sólo 4% es indigente. O sea, a pesar del declarado esfuerzo de Fonasa por acabar con los "falsos indigentes", la mayoría de la gente prefiere asumir una condición estigmatizante a tener que pagar por la atención. [Ministerio de Salud. Cuenta Pública, 2003]

En cuanto a la libre elección, los copagos cubren la diferencia entre la bonificación otorgada por Fonasa y el valor de las prestaciones, que varían según su complejidad de ésta. Para tal fin se crearon los niveles 1, 2 y 3 de atención, siendo el Nivel 3 el que mejor remunera a los prestadores (y sale más caro para los usuarios). No es de extrañar, por tanto, que concentre al 98% de los médicos y 75% de todos los profesionales. [Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, 2004]

En lo referente al financiamiento, la intención de los neoliberales era que el aporte del Estado a la salud se tornara marginal a medida que las familias fueran asumiendo el costo. De hecho, entre 1974 y 1989, los recursos fiscales disminuyeron un 49% mientras que las cotizaciones aumentaron 180% y los copagos el 50%. Éstos, a su vez, respondían en 1989 por 15% del presupuesto. Empero, como la tendencia a gravar a los usuarios está siendo revertida, la composición del gasto en salud ha cambiado. En 2002 la distribución presupuestaria era la siguiente: aportes fiscales – 51,0%; cotizaciones – 34,4%; copagos - 8,4; otros ingresos – 6,2%. Estas cifras muestran también que los copagos no tuvieron el impacto esperado, de hecho, entre 1990 y 2002 su participación en la financiación de la salud fue de apenas 6,5% en promedio. [Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, 2004]

Es importante reiterar que la forma actual de financiamiento se caracteriza por dos rasgos negativos principales: (a) la solidaridad es muy tenue y se circunscribe a los afiliados a Fonasa, o sea, al segmento de menores recursos de la población; y (b) la inequidad es abismal y abarca al sistema de salud como un todo ya que los beneficiarios de las Isapres no contribuyen a Fonasa. Y como este contingente es el que detiene las rentas más altas, se produce el llamado efecto "descreme" en la financiación del sistema público. Ello acarrea

serias distorsiones, sobre todo si se considera que los servicios médicos públicos atienden a cerca del 70% de la población y además reciben a los rechazados por las Isapres (ancianos, enfermos crónicos, tratamientos de alta complejidad, etc.), mientras que aquéllas sólo cubren al 18,5% de la población. La inequidad también se refleja, por ejemplo, en la distribución de las horas médicas, de las cuales 66,5% corresponde a atenciones en las Isapres y en otras disparidades mucho más graves como las siguientes: mientras Fonasa retiene el 54% de las cotizaciones, las Isapres se quedan con el 46%; el gasto anual per capita del sector público equivale a 210 dólares; y el de las Isapres alcanza a 500 dólares; [Ministerio de Salud, 2001] en 1999 el país destinaba 6,5% del PIB a la salud, correspondiendo 2,5% al sector público y 4% al sector privado. [González-Dagnino, 1999] En resumen, los cambios en el sistema de salud efectuados por el neoliberalismo buscaron antes de todo "racionalizar" el sesgo de clase y la inequidad mediante un diseño que, bajo el punto de vista financiero, grava a la inmensa mayoría de la población en favor del reducido estrato de mayores ingresos, mientras que por el lado del acceso, impuso una serie de barreras socioeconómicas que discriminan y estigmatizan a la mayoría de los ciudadanos.

La nueva reforma de la salud en perspectiva

El presidente Ricardo Lagos, al llegar al gobierno en 2002, asumió el compromiso de realizar una profunda reforma guiada por cinco principios: derecho a la salud, equidad, solidaridad, eficiencia en el uso de los recursos y, participación social. Para ello, fueron elaborados los siguientes proyectos de ley: Autoridad Sanitaria y Gestión; Régimen General de Garantías en Salud o Plan AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas); Regulación de las Isapres; Financiamiento del Gasto Fiscal (o Fondo Universal Solidario en Salud); Derechos y Deberes de los Pacientes. De esos proyectos, únicamente ya es ley el relativo a Autoridad Sanitaria y sus objetivos generales son dotar al SNSS de una red asistencial capaz de superar la fragmentación institucional, integrar niveles de complejidad, fortalecer la Atención Primaria y dar autonomía de gestión a los establecimientos.

Respecto del Plan Auge, podemos considerarlo un refinamiento del régimen de estratificación del acceso arriba examinado mediante el establecimiento de una "canasta básica" de atenciones. Tiene por objeto garantizar a la población prestaciones asociadas a 56 patologías prioritarias y será obligatorio para Fonasa y para las Isapres. Si bien esto constituiría una innovación importante, refuerza disposiciones vigentes relativas a la contratación de servicios privados para atender a pacientes del Auge cuando sea necesario. Este punto es importante por cuanto el resarcimiento monetario vendría en ayuda de las Isapres en un momento crítico de su evolución. En lo referente al acceso, se mantiene la clasificación por ingreso para fines de copago: los grupos A y B continúan exentos pero para los grupos C y D se crea una fórmula muy compleja, siendo difícil aventurar estimativas a futuro sobre la ya muy engorrosa administración, la efectividad de la fiscalización de los "falsos indigentes" y los montos a recaudar, aspecto este muy importante porque se espera incrementar los pagos adicionales para compensar el aumento de los costes involucrados en la implantación del Plan Auge[4]. En suma, se podría concordar con el argumento del Colegio Médico de que el Plan Auge es un modelo de "salud administrada" ya fracasado, que es inconveniente e innecesario para el país y no va

4. Desde 2003 está en funcionamiento un Plan Auge piloto que cubre 17 problemas de salud, que ha despertado fuertes críticas y mostrado innumerables dificultades gerenciales y técnicas y altos costos.

a resolver las inequidades en salud. [Colegio Médico de Chile, 2003]

Con relación al Fondo Solidario en Salud, se pretendía atenuar el efecto "descreme" mediante la recaudación de valores provenientes de una prima universal a ser pagada por cada cotizante de Fonasa y de Isapres (excepto indigentes). Como el respectivo proyecto fue abortado en el Legislativo, la cuestión de la solidaridad en el financiamiento de la atención a la salud continúa pendiente. Se espera, sin embargo, que se retomen las negociaciones cuando en 2005 se vuelva a discutir el proyecto de ley relativo a las Isapres, cuyo objeto es racionalizar el caótico e inicuo mercado de planes de salud actual y fortalecer la autoridad reguladora del Ministerio de Salud[6].

Reflexión final

La exposición de las trayectorias de las políticas de salud de Chile muestra que en el país persisten tensiones cruciales entre propuestas de cambio antagónicas, las cuales pueden ser sintetizadas en dos corrientes principales, dado el contexto político actual bipolar, dominado por la Concertación de Partidos por la Democracia:: una, que defiende el servicio público y la medicina social y el rescate del antiguo SNS por representar un baluarte de la democracia y el deber ser de un sistema de salud más justo, eficiente y eficaz; y la otra, de orientación neoliberal, aboga por una expansión mayor aún del mercado privado en salud y por la focalización de la acción del Estado en los más pobres, remitiendo cuestiones cruciales como la falta de solidaridad y de equidad a un problema de gerencia del sistema público de salud. Se ha de destacar que esta postura, anclada en los valores individualistas introyectados con el mesiánico proyecto neoliberal de "refundar" la nación, continua siendo reforzada con la globalización neoliberal que ha reducido lo social a un epifenómeno de lo económico[6]. Se concluye, en suma, que ese contexto adverso abrumador permite la cotidiana "reinvención" de la inequidad en salud en Chile.

5. El Fondo Universal Solidario se constituiría con un aporte fiscal y el 3% de las cotizaciones. Derrotado el proyecto en el Legislativo, fue propuesto un Fondo de Compensación que, si es aprobado, sólo va a regir para las Isapres. Cf. Vida Médica, 56(3), 2004, p. 9.
6. Argumento inspirado en el artículo "Intelectuais na globalização", de Emir Sader, publicado en Jornal do Brasil, 13 de febrero de 2005, pág. A-11.

REFERENCIAS

- ALLENDE, S. (1939). La Realidad Médico-Social Chilena. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad.
- COLEGIO MEDICO DE CHILE (2003). Reforma de Salud. Proyecto País. Propuestas del Colegio Médico. Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile.
- GONZÁLEZ-DAGNINO, A. (1999). La meta sanitaria para Chile en el 2010. Cuadernos Médico Sociales, Santiago de Chile, 40:36-50.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE) (2003). Chile: Censo de Población y Vivienda 2002. Santiago de Chile: INE; Ministerio de Planificación y Cooperación, 2004. Pobreza y Distribución del Ingreso en las Regiones. Serie CASEN 2003. Volumen 2. Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- LABRA, M. E. (1985). O Movimento Sanitarista nos Anos 20 no Brasil. Da "Conexão Sanitária Internacional" à Especialização em Saúde Pública. Tesis de Maestría. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública.
- MINISTERIO DE SALUD (2001). Reforma del Sistema de Salud. Santiago de Chile: Minsal.
- MINISTERIO DE SALUD, CUENTA PÚBLICA (2003). Santiago, MINSAL, p. 33. Cf. En 2003 Fonasa detectó 30.000 "falsos indigentes".
- MINISTERIO DE SALUD, FONDO NACIONAL DE SALUD (2004). Boletín Estadístico FONASA 2001-2002. Santiago de Chile: Fonasa.
- MINISTERIO DE SALUD, FONDO NACIONAL DE SALUD (2004). Boletín Estadístico FONASA 2001-2002. Santiago de Chile: Fonasa.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (2003). Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty. New York: Oxford University Press.

3 El Derecho a la Salud y el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos

Gerardo Merino

La comprensión de la salud como un derecho humano se halla consignada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, cuyo artículo 25 dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios."

Antes de ese año, las referencias legales al derecho a la salud eran escasas e imprecisas. Se consideraba que la salud pertenecía al ámbito de lo privado, no de lo público. También se entendía la salud únicamente como "ausencia de enfermedad". Esta definición se amplía posteriormente. Así, entre otros instrumentos, el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Protocolo de San Salvador (1988) la definen como: "el disfrute del más alto nivel de bienestar físico mental y social". En esta expli-

cación aparece el criterio de que la salud es un derecho humano y un bien público y por ello es responsabilidad de los estados hacer lo necesario para que se cumpla.

En tanto derecho humano, la salud presenta algunas características:

- **Irrenunciable**:
  Aunque desconozcamos el alcance del derecho a la salud, los ciudadanos no podemos renunciar a él. El Estado tampoco puede negárnoslo y está obligado a velar por su cumplimiento sin ningún tipo de distinción.

- **Indivisible**:
  Para disfrutar el derecho a la salud, debemos disfrutar de otros derechos como el derecho al trabajo, a la alimentación, a la vivienda, a la educación, a un medio ambiente sano y a la participación.

- **Individual y colectivo**:
  Todo lo que afecta a un individuo afecta también a la familia y la comunidad. A su vez, todos los daños que sufren el medio ambiente, las comunidades y las familias afectan a cada uno de los individuos que las conforman.

El derecho a la salud también responde a unos principios fundamentales:

- **Universalidad**:
  Todas y todos los ciudadanos tienen derecho a la salud. A nadie se le puede negar ese derecho. Medidas como la "focalización de la intervención en grupos o áreas de riesgo", exigidas por el Banco Mundial, buscan deslindar la responsabilidad del Estado de atender a toda la población. En Ecuador, donde al menos un 30 por ciento de la población no tiene ningún acceso a servicios de salud públicos o privados, estas exigencias violentarían más todavía el derecho a la salud.

- **Gratuidad**:
  El término gratuidad es relativo y puede tener la connotación de "caridad estatal". En realidad, la población no recibe nada gratuitamente, sino que ya lo ha pagado con creces, ya sea directamente a través de impuesto o indirectamente a través de la deuda social que el Estado acumula con la población más pobre, a la cual el proceso de acumulación-explotación la ha despojado de todo. Por ello, resulta más justo aspirar a un sistema de aseguramiento universal en salud.

- **Interculturalidad**:
  Es necesario establecer un diálogo de saberes, una interacción con respeto mutuo entre la medicina oficial, las tradicionales, las alternativas y complementarías. Este principio es especialmente importante en un país como Ecuador, donde coexisten diversas culturas, pueblos y nacionalidades, diversas maneras de ver el mundo, la salud y la medicina. Es posible tener servicios interculturales, en los que actúen con mutuo respeto, conjuntamente y de acuerdo a las necesidades y preferencias, médicos tradicionales, curadores de las medicinas alternativas y complementarias y trabajadores de la salud formales.

- **Participación ciudadana**:
  Para que el derecho a la salud sea efectivo, debe verificarse una participación organizada en todos los niveles y todo el proceso. Esta participación permitirá la veeduría y el control social de los compromisos asumidos en salud y la calidad de los servicios ofrecidos.

Sin embargo, la verdadera participación es local, barrial y comunitaria y sólo está garantizada cuando las comunidades organizadas tienen un control sobre los procesos determinantes. No basta la delegación de responsabilidades en los dirigentes: la participación es un verdadero proceso de organización, educación y acción colectiva.

El derecho a la salud no se relaciona sólo con los médicos, los hospitales o los medicamentos, sino que depende de complejos procesos sociales, económicos y políticos en los que se ponen en juego diversos intereses, como los que actualmente se observan en torno al Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos: los afanes de acumulación de grandes empresas transnacionales farmacéuticas, de tabaco, de alcohol o de alimentos, en contra del derecho de las poblaciones.

El Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos atenta contra los medicamentos genéricos y el derecho a la salud

- Las leyes de Propiedad Intelectual y las patentes de 20 años o más: una amenaza para la salud pública

Aunque los defensores del concepto de Propiedad Intelectual (PI) argumentan que éste nació de la necesidad de defender el esfuerzo y la creatividad de los inventores para así alentar el desarrollo científico, muchas de las leyes relativas a la PI obstaculizan la investigación y el desarrollo científico y ponen en peligro el derecho a la salud de la mayoría de la población.

Cuando un laboratorio "descubre" un medicamento, las leyes de Propiedad Intelectual le conceden un monopolio de 20 años (patente). Las patentes impiden que terceros fabriquen, usen, vendan o importen el producto objeto de la exclusiva. El requisito fundamental para que una patente sea válida es la novedad y que no haya sido introducida públicamente antes de la presentación de la solicitud.

Uno de los argumentos más comunes para justificar el monopolio comercial que concede la patente es que este período permite al laboratorio dueño de los derechos amortizar los costos de investigación y desarrollo de un fármaco, para los cuales algunas transnacionales mencionan cifras de 10 años y 800 millones de dólares.

Sin embargo, las patentes de medicamentos se convierten en una cuestión de vida o muerte cuando la población o el estado no pueden pagar el precio fijado por la compañía que ostenta el monopolio. Por otra parte, el costo final no está determinado principalmente por la inversión en investigación y desarrollo, como sostienen las transnacionales, sino por los gastos de marketing y, sobre todo, por los gigantescos márgenes de ganancias de las compañías.

Por citar un caso, las ganancias del antirretroviral *Convivir*, patentado por Glaxo-Smith-Kline, amortizaron, en sus primeros tres años en el mercado, los 800 millones de dólares supuestamente invertidos en investigación y desarrollo (el beneficio neto para GSK por este medicamento fue de 265 millones de dólares al año). Si se considera que el monopolio de explotación de Glaxo es por 20 años, sus ganancias son éticamente reprochables.

Lo más grave es que el TLC pretende ampliar el plazo de las patentes para los fármacos. Los 20 años de monopolio comienzan a correr a partir de la fecha

de presentación de la solicitud de patente, independientemente de los requisitos que cada país exija antes de que el producto pueda ser reconocido legalmente.

El Tratado de Libre Comercio pretende prolongar el plazo de vigencia de las patentes cuando se produzcan "demoras injustificadas en el otorgamiento de la patente" o "demoras en el otorgamiento del registro sanitario". Por supuesto, el TLC no define quién ni con base en qué argumentos decidiría cuándo una demora es "injustificada".

Muchas veces la demora es provocada intencionalmente por el laboratorio solicitante al no presentar toda la documentación requerida. De esta manera, una compañía puede valerse de varios artilugios para dilatar el proceso de otorgamiento de la patente durante cinco años, por ejemplo. Luego alegaría "demora injustificada" y así obtendría una patente de 25 años. Lo mismo podría ocurrir con el registro sanitario. Cada supuesta "demora injustificada" en cada uno de los trámites le servirían a la transnacional demandante para seguir ganando nuevos períodos de patente que se sumarían al período original de 20 años.

- El riesgo de la desaparición de los genéricos y de medicamentos de bajo costo

Cuando un medicamento puede producirse libremente, su precio está determinado por varios factores: una demanda amplia, los precios diferenciales, la salvaguardia ADPIC (Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual), que permite a los países fabricar o importar medicamentos en función de sus objetivos de desarrollo, la competencia de los genéricos y la producción local.

Si se aplican las medidas contempladas en el Tratado de Libre Comercio que Estados Unidos quiere suscribir con Ecuador, el cual básicamente es una copia del que ya firmó con Centroamérica, los únicos factores que intervendrán en la fijación de los precios serán una pequeña demanda y el monopolio de las transnacionales. Organizaciones como Médicos Sin Fronteras ya han advertido que el primer efecto de la firma de un TLC sería el encarecimiento inmediato de las medicinas.

A pesar de que los países miembros de la Organización Mundial de Comercio (OMC) deben atenerse a estas reglas, diferentes instrumentos internacionales reconocen el derecho de los países a producir medicamentos genéricos en circunstancias emergentes. Es lo que se conoce como licencias obligatorias.

La Conferencia de Doha y el Régimen Común de la Propiedad Intelectual de la Comunidad Andina establecen que, previa declaratoria de razones de interés, emergencia o seguridad nacional, en cualquier momento se podrá someter la patente a licencia obligatoria. Incluso el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC), establecido en 1995 en el marco de la OMC, deja una puerta abierta para que los países puedan disponer de medidas para saltarse o no otorgar patentes bajo determinados supuestos, en función de sus necesidades y objetivos de desarrollo. Sin embargo, el Tratado de Libre Comercio limita seriamente las circunstancias bajo las cuales un gobierno puede emitir una licencia obligatoria.

La importancia de las licencias obligatorias está más que clara para el presidente de Estados Unidos. Después de los atentados del 11 de septiembre de 2001, el gobierno de George Bush presionó a las in-

dustrias farmacéuticas durante lo que por esa época se temía que fuera una epidemia de ántrax provocada por ataques biológicos. El gobierno estadounidense amenazó con emitir licencias obligatorias para bajar los precios y garantizar la protección de su ciudadanía. Al final, no fue necesario. Pasada la amenaza en su territorio, Estados Unidos siguió presionando en todas partes del mundo para evitar la emisión de licencias.

Otro de los mecanismos de que puede disponer un gobierno para enfrentar una emergencia de salud pública, las importaciones paralelas de medicamentos, también serían obstruidas por el TLC. Este mecanismo consiste en que, en caso de necesidad, un gobierno compra directamente al productor que le presente el mejor precio en el mercado internacional un medicamento, sea genérico o de marca.

El Tratado de Libre Comercio amplía las circunstancias bajo las cuales un fármaco puede ser patentado. La más preocupante es la posibilidad de volver a patentar un medicamento, cuando está a punto de vencer el monopolio legal, por atribuirle un uso distinto del original (segundo uso). Por ejemplo, si un medicamento fue patentado como antigripal y luego se "descubre" que también tiene propiedades antiinflamatorias, el laboratorio podrá reclamar una segunda patente de 20 años por este nuevo uso.

El TLC abre la posibilidad para que un medicamento ya patentado se presente otra vez bajo la técnica de "siempre nuevo", que consiste en que las empresas patentan "nuevas presentaciones" de medicamentos ya conocidos en el mercado cuyas patentes están próximas a terminar. Como se ha dicho varias veces, "las transnacionales farmacéuticas ya no patentan inventos, sino que inventan patentes".

De lo que se trata, entonces, es de eliminar o retardar el aparecimiento de nuevos competidores. Y a menos competidores, mayores precios. La diferencia de costos entre los genéricos y los medicamentos de marca está entre el 100 y el 1 000 por ciento. En Guatemala, país ya que firmó un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, hay remedios de marca 8 mil por ciento más caros que un genérico. El TLC con Estados Unidos sólo aumenta el poder de las transnacionales para ser las únicas que pueden producir fármacos, así como su potestad para fijarles los precios, en función de sus intereses económicos. En un mundo regido por unas cuantas corporaciones farmacéuticas, no hay libertad de comercio, sino de monopolio.

No en vano hace pocos días, el gerente de la estadounidense Pfizer en Ecuador, al que calificaba como "uno de los países con leyes más avanzadas en patentes", se declaraba satisfecho con la firma del TLC porque "obligará al gobierno (ecuatoriano) a cumplir las leyes de patentes".

Muchas personas se han preguntado por qué Estados Unidos fue tan duro en sus imposiciones sobre propiedad intelectual y patentes al negociar el Tratado de Libre Comercio con Centroamérica, si la región entera representa menos del uno por ciento del mercado mundial de fármacos. "El objetivo no puede ser otro que el de ir creando modelos de acuerdos internacionales para su beneficio"[1].

De esta manera, se legitima aún más el discurso dominante de que el TLC, tal como lo plantea Estados

"Iniciativa de acceso a medicamentos esenciales de Nicaragua", en Revista Envío 269, Managua, 2004.

Unidos, es algo "inevitable", ya que "muchos países antes lo han firmado de esta manera" por lo que "no podemos quedarnos aislados del concierto internacional".

Sin embargo, los logros en derechos humanos en de la Constitución ecuatoriana se perderían si se firma el TLC, que se convertiría en una ley suprema supranacional y supraconstitucional, a disposición de los grandes intereses económicos.



La Institucionalizaci n de la Violencia y la Amenaza de la Seguridad Hemisf rica

4 Ocupación, Militarización y Salud*

Adolfo Maldonado

"América" Se Sigue Escribiendo con Sangre

La historia de América se ha escrito con sangre de matanzas, enfermedades epidémicas y hambrunas. Sólo en América del Norte, tras la conquista, fueron asesinados 15 millones de mientras que otros 14 millones fueron masacrados en América del Sur; algunos autores hablan de 80 millones en total pero, independientemente de las cifras, el exterminio, perfectamente orquestado, continúa hasta hoy.

La política del terror y la práctica del exterminio fue, y es, la práctica del capitalismo en América. Las políticas neoliberales que fueron impuestas hace tres décadas lo hicieron sobre la base de aplastar sangrientamente todas las luchas y movimientos de resistencia que surgieron en la década de los 70. Una década más tarde, se crea la figura del desaparecido social: los desocupados, los desarraigados y los excluidos.

La historia de esta América ha sido una lucha constante contra la ocupación comercial, política, cultural y contra los ejércitos que las sostienen. Y ha corrido paralelamente con una constante lucha por la resistencia. Este capítulo pretende analizar estos tres factores: ocupación, militarización y salud en América Latina.

* Nota del Editor: Este capítulo es un resumen del libro "América Se Escribe con Sangre. Ocupación Militarización y Salud" preparado por el autor para la II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos. El autor no refiere las fuentes bibliográficas para algunos valiosos datos cuantitativos que se mencionan; el lector deberá contactar al autor si es que tales fuentes son requeridas.

La Ocupación como Proyecto

La independencia del dominio español vino acompañada de una creciente dependencia del dominio norteamericano, que responde a su proyecto de ocupación de América Latina. Ya en 1829 Simón Bolívar anunciaría: "Los Estados Unidos parecen destinados por la Providencia para plagar a América de miserias en nombre de la libertad". Y así como hoy EEUU habla de "llevar la democracia, libertad y justicia, a pueblos oprimidos" para justificar las guerras, ayer la excusa era la Providencia. El presidente de EEUU, Jackson, sentenció en 1837 "la Providencia ha escogido al pueblo norteamericano como guardián de la libertad, para que la preserve en beneficio del género humano".

El discurso de ocupación por EEUU de América Latina es claro. Si bien la doctrina Monroe en el siglo XIX ya planteaba la anexión de toda América como parte de los EEUU "América para los americanos (estadounidenses)", los discursos cada vez son más precisos demostrando que el interés está en los recursos y las tierras, pero les sobra la gente. "Tenemos que proteger nuestros recursos (los de EEUU) el hecho de que estén en otros países es un accidente", diría George Kennan, diplomático de EEUU en los 50 [Chomsky, 2003], dejando muy claro cual es el plan del gobierno de ese país para América y el mundo. Un plan que ha sido defendido independientemente del partido, demócrata o republicano, en el poder: "El crudo del golfo Pérsico es de interés vital para Estados Unidos, y debe ser defendido por cualquier medio necesario, incluida la fuerza militar", diría James Carter, Presidente demócrata de los EEUU en 1980 [Klare, 2004] y en esa línea la ex secretaria de energía de EEUU Hazle O'Leary, en el gobierno Clinton, completaría "No se debería mostrar complacencia respecto a la seguridad del suministro de petróleo proveniente de América Latina"[Oilwatch, 2001] ; lo que el vicepresidente republicano Cheney (2001-2004), anunció sin medias tintas: "El crudo africano y latinoamericano es de interés nacional estratégico para nosotros"[Cheney, 2001].

En este sentido no dejan de ser claras las palabras de James Schlesinger, ex secretario de energía de la administración Carter, demócrata, tras la guerra del Golfo de 1991 "El pueblo americano ha entendido que es mucho más fácil y divertido ir a la guerra del Golfo y sacar a patadas el petróleo de Medio Oriente que hacer sacrificios para limitar el consumo del petróleo importado por los americanos"[Martinez, 2003]. Un discurso y un escenario político en el que no cabe el arrepentimiento, ni la ética ni el respeto de los derechos humanos como dijera George Bush padre, siendo presidente republicano de los EEUU: "Yo nunca pediré disculpas en nombre de EEUU. No me importa lo que haya pasado"[La Jiribilla, 2005].

Los intereses de los EEUU y sus corporaciones en América Latina son claros:

- **El petróleo**.- La estrategia de la banca multilateral es la privatización de las empresas petroleras nacionales en AL. Ya hemos visto la importancia 'vital' que el petróleo tiene para los EEUU. En 1998 el general Wilhelm declaraba que las nuevas exploraciones petroleras aumentaron la importancia estratégica de Colombia para EEUU y por ello se suma con el Plan Colombia a la guerra interna de ese país. EEUU ha llegado a manifestar que tiene en Colombia más de 338 puntos de interés. Pero igual ocurre en otros países, en el momento que se descubren importantes reservas de petróleo.

- **Biodiversidad**.- En 1974 Kissinger, planteó la apropiación de territorios ricos en recursos naturales y biodiversidad. Esta biodiversidad se persigue hoy a través de empresas farmacéuticas que contratan jardines botánicos o investigadores financiados por ellas; con la privatización de áreas protegidas, delegando la administración y manejo a ONGs privadas

tales como The Nature Conservancy, Conservación Internacional, el Instituto Smithsoniano, la WWF y sus socias nacionales; así como con la patente de variedades silvestres y del conocimiento ligado a ellas a favor de multinacionales. Pero no hay que olvidar que desde hace años el Centro Rockefeller para Estudios Latinoamericanos, difunde también la posibilidad de fragmentación territorial en Chile, Argentina o Brasil y la creación de nuevos países más pequeños, como ocurrió con la creación de Belice tras entregar Guatemala ese territorio a las madereras.

- **La genética**.- Es de enorme interés para las farmacéuticas, que buscan en los grupos poblacionales aislados (por razones geográficas, culturales o políticas) la homogeneidad genética que le resulte más fácil para identificar genes relacionados a una enfermedad que es trasmitida en una familia o una comunidad. Hoy los genes del pueblo Huaorani, en Ecuador, están en venta en Internet mientras que las mayores trasnacionales farmacéuticas están detrás de varios proyectos "públicos" de investigación en México, donde varios grupos indígenas han sido seleccionados como "grupos de interés".

- **El agua**.- Es privatizada con una agresiva política desde la banca multilateral, que condiciona los préstamos solicitados por los países a que se inicien procesos de privatización. Cuando el vicepresidente del Banco Mundial a finales de los noventa dijo que las guerras del siglo XXI serían por agua, no estaba siendo visionario, sino anunciando lo que esperaban de sus políticas. En el 2003 los ingresos de la industria del agua alcanzaron los 46.000 millones de USD, cerca del 40% del sector petrolero, una tercera parte más elevados que los del sector farmacéutico y se embotellaron 100 mil millones de litros de agua -los cuales requirieron de 1.5 millones de toneladas de plástico. Su precio es 1.100 veces superior al agua de la llave. Tras esta política están Coca Cola, Nestlé, Pepsi Cola y Danone entre otras multinacionales. El último punto de enorme interés para EEUU es la triple frontera entre Brasil, Argentina y Paraguay donde se encuentran las más importantes reservas de aguas subterráneas de AL.

Para obtener estos recursos se necesita una ocupación de las finanzas y control de la economía de América Latina, lo que se consigue con la presión de la deuda externa. Una ocupación militar del territorio con el Comando Sur, una ocupación y control del comercio con el ALCA, y una ocupación y subordinación política de los estados a los intereses de los EEUU.

La dinámica de ocupación de toda América Latina recibe un impulso con el presidente Bush I (padre) quien, en "tiempos de globalización", elabora la estrategia de un Acuerdo de Libre Comercio para las Américas, el ALCA, un plan que también ha sido descrito con claridad por sus impulsores: "La globalización, en realidad, es otro nombre para el papel dominante de Estados Unidos" [Isch, 2004]sentenciaría Henry Kissinger ex Secretario de Estado de los EEUU. Una sentencia ratificada por Colin Powell, secretario de RREE de EEUU quien afirmaría: "Nuestro objetivo con el ALCA es garantizar para las empresas norteamericanas el control de un territorio que va del Polo Ártico hasta el Antártico, y libre acceso, sin ningún obstáculo o dificultad, a nuestros productos, servicios, tecnología y capital en todo el Hemisferio"[Acción Ecológica, 2002].

La Estrategia de la Ocupación

El gabinete de gobierno de los EEUU durante el periodo 2001-2004 respondió netamente a los intereses comerciales de las grandes empresas transnaciona-

les y los funcionarios de ese gobierno que representaban a empresas petroleras como Harken Energy, Halliburton ChevronTexaco, British Petroleum,… farmacéuticas como Pharmacia, Merck, industrias automovilísticas como General Motors, Ford y Daimler-Chrysler o de armamentos como Gulfstream Aerospace,… aplicaron las políticas de ocupación de esas corporaciones.

La estrategia para sostener esta ocupación y subsidiar al neoimperio se basa en tres puntos centrales: 1.-Políticas financieras de las instituciones multilaterales (FMI, BM) y de las agencias económicas de EEUU (Tesoro, Comercio, EXIM bank,…) que arrodillen a las economías nacionales. 2.-Operaciones encubiertas de espionaje que sometan a la población y a la clase política dirigente y 3.-Guerras e intervenciones militares cuando las dos anteriores resulten insuficientes.

1.-La Banca Multilateral Desde mediados de los 70 la banca multilateral se prestó a una política de EEUU donde el endeudamiento de los países fue el primer paso de un programado descalabro financiero de América Latina. La CIA y la banca se encargaron de que los países se endeudaran con informes falsificados de bonanza económica y enormes ingresos petroleros futuros, para recuperar con posterioridad las empresas que se habían nacionalizado o se crearon tras el descubrimiento del petróleo. La deuda actual de América latina y el Caribe es 22 veces superior a la de 1970. La deuda externa total se multiplicó por 4 entre 1975 y 1980, en el periodo de dictaduras militares que aceptaron el endeudamiento, llegando a los 261.000 millones de dólares y de nuevo se triplica entre 1980 y 2002, alcanzando la cifra de 725.000 millones. Los intereses pagados en el 2002 fueron 55.260 millones que constan como subvención de los países del sur al norte. Aunque la deuda externa se ha pagado en casi tres veces sigue aumentando imparablemente. En el año 2002 la deuda de cada país era: Brasil 229.000 millones de USD, México 141.000, Argentina 133.000, Chile 39.000, Colombia 38.000, Venezuela 33.000, Perú 28.500, Ecuador 16.000, Cuba 12.000, Uruguay 7.000, Nicaragua 6.000, Panamá 6.000; con 4.000 Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, R. Dominicana; con 2.000 Paraguay; y con 1.000 millones de USD, Trinidad y Tobago, Haití y Guyana. Los países más endeudados son precisamente países petroleros.

Pero la necesidad de acumulación de capital resulta insuficiente a los EEUU con la deuda externa y se orquestan medidas de pillaje manifestadas en la privatización de los Fondos de Pensiones, el "quiebre" de bancos, los narcodólares y el pillaje de las élites locales. Según el Banco de la Reserva Federal de EEUU, entre 1974 y 1982, época de dictaduras, se transfirieron a EEUU 84.000 millones de dólares desde México, Chile, Venezuela, Argentina y Brasil. Este sistema es tan necesario para el sostenimiento del dólar y del déficit comercial estadounidense que tras las dictaduras se sigue empleando. México en los 90 transfirió a bancos norteamericanos más de 100 mil millones de dólares robados de préstamos estatales para firmas privadas. En el mismo período Ecuador experimentó un timo financiero de 40 mil millones de dólares mientras en Argentina, el fraude bancario, ascendió a los 60 mil millones de dólares empobreciendo a millones de argentinos, ecuatorianos y mexicanos de clase media y beneficiando a los banqueros que transfirieron sus finanzas a EEUU.

2.-Operaciones Encubiertas La CIA, creada en 1947 por el presidente Truman, tras la firma de la Ley de Seguridad Nacional, tenía como tarea original acopiar y analizar información acerca de los enemigos exteriores de Estados Unidos para permitir al

presidente, el Pentágono y el Congreso responder a las amenazas existentes y potenciales; sin embargo, pronto se convirtió en el brazo sucio de sus gobiernos transmitiendo el mensaje de que "no se pueden tocar los intereses de las empresas norteamericanas en AL", aunque hayan sido empresas originadas con el expolio, la masacre o la extorsión.

Entre las más de 6.000 operaciones encubiertas destacan el derrocamiento del presidente electo Arbenz en Guatemala (1954) apoyando a la United Fruit, Los intentos de asesinato de Fidel Castro (desde 1959 hasta 2005). La campaña de propaganda contra el presidente electo dominicano Bosch que acaba en golpe de estado (1965). La millonaria campaña propagandística en contra del presidente electo João Goulart, quien nacionalizó en Brasil una subsidiaria de la ITT (1964). El asesinato en Bolivia de Ernesto Ché Guevara (1967). Los tres años de desestabilización al gobierno chileno del presidente electo Allende y el golpe de estado que acabó con su vida (1973) por indicación de Kissinger-Nixon y la empresa ITT. La organización de la operación Cóndor desde el eje Kissinger-Nixon con la colaboración de las dictaduras militares latinoamericanas para la eliminación física de toda la izquierda política de América del Sur (1970). El asesinato del primer presidente electo ecuatoriano, Jaime Roldós, tras la dictadura militar, en atentado aéreo del 24 de mayo, sólo 9 semanas antes del asesinato de Omar Torrijos; con su muerte la empresa Texaco obtiene uno de los contratos más importantes de su historia en el país, contrato que Roldós le negó. El asesinato del presidente panameño Omar Torrijos, a quien Nixon quiso comprar con un millón de dólares; por rechazar la "oferta", se decidió asesinarlo. Antes, para desacreditarlo, se le quiso implicar en narcotráfico, Torrijos neutralizó la maniobra y frustró tres planes más para asesinarlo. No obstante, se vio convertido en víctima de la CIA cuando el 31 de Julio de 1981, su avión se estrelló producto de un sabotaje. EEUU no cree en las elecciones más que cuando éstas ponen a un títere que acepte la política de sus corporaciones.

3.-**Guerras e Intervenciones Militares** Las dictaduras de los 70 impulsadas por EEUU aniquilaron a los anti-imperialistas, nacionalistas e independentistas, y pusieron en su lugar a militares e instituciones socioeconómicas que permitieron a los bancos de EEUU y a las multinacionales conquistar las economías latinoamericanas. Con políticas de terror estatal se eliminaron a los sindicatos autónomos, y se exiliaron cientos de miles de técnicos expertos, profesionales, e investigadores, a la par que se evitaba cualquier asomo de resistencia a estas políticas.

El objetivo fue que el terror paralizase a varias generaciones, así: 1954-Guatemala; EEUU organiza un golpe de estado contra Arbenz que causó cuatro décadas de dictadura con más de 200.000 muertes de campesinos e indígenas y 40.000 desaparecidos. 1961-Cuba; EEUU contrató a más de 1.500 mercenarios para acabar con esa revolución triunfante en Playa Girón. 1965-República Dominicana; EEUU derrocó al gobierno que pretendía surgir tras la dictadura de 30 años de Trujillo, la más sangrienta del Caribe, y asesinó a 3.000 personas. 1973-Chile; EEUU gestó el golpe de estado en Chile contra el presidente Allende, ayudando a matar a 17.000 personas. 1976-Argentina; EEUU instauró el terror con más de 30.000 asesinatos; un terror que tuvo en la Operación Cóndor la internacional de la barbarie, coordinando la represión en toda AL. 1983-Granada; 5.000 marines de EEUU invadieron la isla y sometieron con las bayonetas a la población. 1980/90-Nicaragua; el Gobierno de EEUU ayudó a matar a más de 60.000 pobladores creando la guerra interna con

el apoyo a los contras. 1980/90-El Salvador, EEUU apoya la guerra con más de 80.000 muertes brutales donde las masacres aterrorizaron a toda la región. 1989-Panamá; EEUU invadió el país en navidades y masacró a más de 8.000 personas para apoderarse del presidente Noriega, quien había sido miembro de la CIA y colaborado con el narcotráfico a las órdenes de EEUU, y ahora acusaban de… narcotraficante. 1991-Haití; EEUU apoya el golpe de estado contra el presidente electo Aristide y masacra a más de 4.000 haitianos. 2001-Venezuela; EEUU organiza el Golpe de estado contra el presidente electo Chávez. 2003-Haití; EEUU invade el país y deporta al presidente electo Aristide a África.

El Militarismo, Base del Imperio

Más allá de ser un instrumento y una garantía para la ocupación es una estrategia de control político. El militarismo es una forma de consolidar el imperio. Madeleine Albrigth, Secretaria de Estado de los EEUU, con Clinton, afirmó: "McDonald´s no puede expandirse sin McDonnell Douglas (constructor de aviones de guerra). El puño invisible que garantiza la Seguridad Mundial de las tecnologías del Silicon Valley, se llama Ejército de los EEUU."[Navarro, 2004]

El presupuesto militar de toda América Latina ascendió en el 2000 a 25.000 millones de USD que, siendo enorme, es apenas un 7% de todo el presupuesto militar de los EEUU quien en el 2004 gastó más de 450.000 millones de dólares, es decir, lo mismo que todo el resto del mundo junto. EEUU cuenta en la actualidad con 71 complejos militares en todo el mundo y 800 bases aéreas, navales y de infantería, puestos de vigilancia, espionaje, comunicaciones y depósitos de armas, repartidos en 130 países. Después de la II Guerra Mundial EEUU ha bombardeado al menos 21 países: China (1945/46 y 1950/53; Corea (1950/53); Guatemala (1954, 1960, y 1967/69); Indonesia (1958); Cuba (1959/1960); Congo (1964); Perú (1965); Laos (1964/73); Vietnam (1961/73); Camboya (1969/70); Granada (1983); Libia (1986); El Salvador (toda la década de 1980); Nicaragua (toda la década de 1980); Panamá (1989); Irak (1991/2001 y 2002 a 2005); Sudán (1998); Afganistán (1998); Yugoslavia (1999), Afganistán (2001). El Consejo Mundial por la Paz denunció que sólo en el periodo de 1946 a 1975, los gobernantes norteamericanos utilizaron sus fuerzas armadas en 215 oportunidades para conseguir sus propósitos políticos en otras partes del mundo y hoy tienen un ejército de 2,2 millones de militares.

La política militar de los EEUU para América Latina está canalizada a través del Comando Sur de EEUU, un ejército que controla toda América Central, América del Sur, el Caribe y las aguas que la rodean, y que nace tras la creación por Reagan del Comando Central en la zona del Golfo Pérsico, cuyo propósito era, y es, asegurar el acceso al petróleo del Oriente Medio. El Comando Sur busca esos mismos objetivos en AL y se expande en los lugares donde residen los intereses.

En Colombia, con la excusa del combate al narcotráfico, EEUU ha invertido ya más de 3.000 millones de dólares en el denominado Plan Colombia y para el 2005 planea invertir 700 millones más en el Plan Patriota, sin embargo la excusa no es creíble. EEUU organizó el narcotráfico de heroína en Vietnam (1960), y se valió de él en Laos (60) con heroína, en Nicaragua (70) con coca, en Afganistán (80) con heroína, y en Kosovo (90) con heroína. Lo que indica que no pretende acabar con él en Colombia sino más bien hacer lo que ha hecho siempre, utilizarlo como vehículo para financiarse otros objetivos. Si hubiera verdadera voluntad combatiría que los mayores bancos norteamericanos, incluidos el Citibank, el Bank of América y los principales bancos de Miami y otras ciudades blanqueen, con absoluta impunidad, entre 250 y 500 mil millones de

dólares al año, cantidades reconocidas por el Senado norteamericano. En Centroamérica la excusa son las maras, en el Cono Sur el terrorismo internacional,… velos todos ellos a sus intereses económicos reales.

La estrategia militar para América Latina diseñada por el Comando Sur implica tres aspectos:

a) La presencia en el territorio con bases militares, destinando cada año más de 50.000 militares a AL y El caribe; Si bien EEUU posee ya 14 bases militares y hay 6 más en proyecto son numerosas las instalaciones de segundo orden o en combinación con los estados nacionales. Todas ellas son desplegadas en las zonas de interés de los recursos.

b) La subordinación de las FFAA latinoamericanas a los EEUU a través de ejercicios conjuntos (Cabañas, Águila, Unitas, Cielos Centrales, Nuevos Horizontes, Fluvial, etc.) que comprometen a los ejércitos de tierra, mar y aire; y los programas de formación que son considerados como el principal mecanismo para crear dependencia en las FFAA de AL con EEUU. Del 2000 al 2003 EEUU entrenó a 65.941 militares de 27 países latinoamericanos y del Caribe, de los cuales el 43% (28.200) son colombianos pero que junto con los países andinos (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) en conjunto suman un 64%. De América Central se formaron 9.886 militares (15%) frente a un 9,7% del cono sur y 7,2% del Caribe, lo que de alguna manera descubre los intereses de EEUU en cada región.

Es tristemente célebre la ‘Escuela de las Américas’, también llamada ‘escuela de los dictadores’, hoy en Fort Benning, por haber potenciado, capacitado y animado la tortura como arma de guerra; prueba de ello ha sido la edición de manuales de entrenamiento sobre torturas. El New York Times ha mencionado la existencia en la Escuela de las Américas de "once manuales secretos" mediante los cuales "se recomendaban técnicas de interrogatorio, como la tortura, ejecuciones, chantajes y arrestos de familiares de quienes iban a ser interrogados". Desde 1961 hasta la actualidad han sido entrenados más de 60 mil militares latinoamericanos en esa escuela, de los que cerca de 500 están acusados de crímenes de guerra.

El resultado visible es que los presidentes de Honduras y El Salvador ya piden la creación de un ejército regional a las órdenes de EEUU, lo que este país siempre soñó. Mientras Bush II plantea la creación de una fuerza marítima operativa multinacional de las Américas denominada "Amistad Duradera", obviamente, a las órdenes de EEUU.

c) El desarrollo de ejércitos de mercenarios, que puedan hacer lo que la legalidad internacional impide a los ejércitos regulares. Están constituidos por militares ‘retirados’ de EEUU y genocidas de ejércitos latinoamericanos y escuadrones de la muerte.

El Comando Sur arma, entrena y adoctrina a los ejércitos nacionales para servir a los intereses de EEUU bajo su liderazgo. Con ello, además, evita la utilización de tropas norteamericanas y reduce la oposición política en los Estados Unidos a enfrentamientos.

La Salud, como Herramienta para Debilitar a los Pueblos

Con gobiernos empobrecidos y sin recursos para la educación las cifras de alfabetización caen muy por debajo de los objetivos previstos y la salud se quiebra en la pérdida de control de más de 30 enfermedades infecciosas que aumentan su incidencia en cada

país. En América Latina y el Caribe, hay 1,6 millones de infectados de SIDA, de los que sólo un 8% recibe tratamiento por los altos costos de las farmacéuticas. 2,3 millones de niños sufren de insuficiencia respiratoria cada año por la contaminación urbana y 35.000 personas mueren prematuramente en México por ella. El tabaco impulsado por las empresas del norte que ven sus mercados cerrados en esos países, ya acaba con 550.000 personas cada año en AL. Mientras las aguas contaminadas causan la muerte anual de más de 36.000 personas. En estos momentos 78 millones de personas en AL no tienen suficiente agua, mientras 117 millones carecen de instalaciones higiénicas adecuadas, y 59 millones de personas padecen hambre crónica.

La estrategia de ocupación y militarización ha tenido para AL consecuencias como el aumento de las cifras del desempleo, el incremento de los flujos de migración de mano de obra barata a los países del norte, mientras que los campesinos se urbanizan (77% de población es urbana) huyendo de un campo sin apoyos. La violencia se convierte en un recurso y cada año cerca de 140.000 latinoamericanos son asesinados y una de cada tres familias en la región es víctima de algún tipo de agresión criminal. Los asesinatos de mujeres en México y Guatemala alcanzan cifras escandalosas, y más de 17 millones de niños latinoamericanos en edad de jugar, estudiar y recibir afecto de los padres laboran en condiciones paupérrimas en las minas de América del Sur, o son esclavizados como "trabajadores domésticos" o explotados sexualmente, mientras otros 40 millones de niños de la calle, víctimas de la violencia, vagan por las ciudades y más de 30 millones de ellos inhalan pegamento en una huida inútil de la pobreza y el desamparo.

La estrategia de ocupación que vino acompañada de una política de endeudamiento y pillaje ha sido por un lado la causa del empobrecimiento de los países de América Latina llevándoles a una reprimarización de sus exportaciones (sólo se exportan materias primas) y al aumento del volumen de exportaciones, que hace a los productos cada vez más baratos. Las industrias nacionales compradas por multinacionales pasaron del sistema manufacturero local desarrollado a modelos de sólo ensamblado. Se redujo la investigación, se dio paso a la fuga de cerebros y se priorizó la producción para la exportación y no para el mercado interno.

La destrucción de esta salud, va acompañada de una destrucción sin límites del medio ambiente. Esto supone empujar a la población a una lucha por la sobrevivencia, desmovilizada de las luchas por la libertad, la justicia, los derechos humanos,… Ambientalmente AL posee la tasa de deforestación más alta del mundo perdiendo en 10 años más de 46,7 millones de hectáreas de bosques. Los cultivos transgénicos son un elemento importante en esta deforestación y los incrementos de pesticidas para su cultivo son una política tan irresponsable como lo es el programa de fumigaciones contra cultivos ilícitos en Colombia que fumiga la selva.

Al ser la salud una estrategia para el debilitamiento de los pueblos se han diseñado herramientas corporativas para el control de la salud y la pérdida de la soberanía. En esa línea "el negocio de la enfermedad" abrió puertas a grandes emporios farmacéuticos que han rechazado sistemáticamente todo tratamiento natural que no sea objeto de patente. Es el caso de las vitaminas y micro-nutrientes frente a los costosísimos tratamientos contra el SIDA o la prevención de enfermedades cardiacas y que están dando lugar a millones de fallecidos porque la carencia económica no permite acceder siquiera a soñar con sanar. De igual manera la Fundación Rockefeller, junto con la Universidad de Harvard, evitaron que la estrategia de la Organización Mundial de la Salud-OMS (1978, Alma Ata), para recuperar el control de la salud en manos de la población tuviera éxito, reaccionando con fuerza para que programas verticales, dependientes de las empresas, ejércitos o instituciones repartan 'salud' como ca-

ridad y no se ejerza como derecho. La OMS renunció a la Atención Primaria de Salud y sólo países como Cuba, que la incorporan, consiguen éxitos sin precedentes en sus países.

Salud es Dignidad y Dignidad es Resistencia

Salud, dignidad y soberanía van de la mano. Quien más salud tiene es quien más resiste o ha resistido. La Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos se abre camino en medio del escepticismo, la tristeza y la desesperanza. El germen de la resistencia está en quien no se resigna y lucha por sus derechos, no sólo contra un modelo, sino a favor de otro posible que conserve los bosques, la tierra en manos de los campesinos, las culturas, la dignidad y la vida. Estamos atados a un modelo de producción y consumo social, económica y ecológicamente no sustentable, y si no lo cambiamos, nos hundimos con él.

Los pueblos indígenas resurgen tras 500 años y hoy lideran algunas de las luchas más importantes. En México el EZLN une a los pueblos indígenas de toda la nación en una resistencia al olvido. Afirmando que "los dioses regalaron a los hombres de maíz un espejo que se llama dignidad. En él los hombres se ven iguales y se hacen rebeldes si no son iguales". En Bolivia, Perú, Ecuador, Guatemala y México, los movimientos indígenas alcanzan un nivel sorprendente, pero también en países donde hay pocos de ellos, como Argentina y Chile. Las etnias de toda América viven y reconocen el hecho que atrás del imperialismo hay más de 500 años de sujeción genocida.

Los pueblos que resisten al petróleo no sólo garantizan su salud y la de sus territorios, sino también su dignidad, es el caso del pueblo Kichwa de Sarayacu en Ecuador; de los campesinos e indígenas en Oaxactum, Guatemala, y de quienes impulsan el 'juicio del siglo' en Ecuador contra Texaco; de los pescadores de Limón en Costa Rica que lograron se declare al país "Libre de Petróleo"; o de los indígenas de la Moskitia en Nicaragua que hacen valer su autonomía; o de la convencida y ejemplar resistencia cultural de los U'wa en Colombia, que llevó al mundo a pensar más allá de los temas técnicos ambientales y económicos.

Hay resultados. Se han logrado paralizar, retardar o desviar grandes oleoductos como en Santa Cruz (Bolivia) y en el Urucú, Brasil. Una de las estrategias ha sido parar sus financiamientos, como en el caso del financiamiento del Import Export Bank en Camisea, Perú. Se ha logrado debilitar proyectos de colonización como el caso de la refinería de Shell en Curazao o de los Mapuches en Argentina que luchan contra la recolonización de sus tierras en Neuquén, por parte de la empresa española Repsol.

Las mujeres se hacen visibles en las 'comandantes zapatistas', las 'Madres de Plaza de Mayo', las 'piqueteras' y obreras argentinas que recuperan fábricas abandonadas por sus patrones; las obreras, vendedoras ambulantes y amas de casa bolivianas de la gran ciudad de El Alto, quienes organizan sus comités barriales de defensa y lucha, cuadra por cuadra; en las miles de hambrientas nicaragüenses, que lanzaron su marcha de protesta hacia Managua en abril de 2004, o en las mujeres de Colombia que han creado la Ruta Pacífica de las Mujeres para llevar esperanza a las comunidades arrasadas por la violencia, y las mujeres que han presionado para que se cierre la base militar de Vieques en Puerto Rico.

Frente a una política corporativa de tierras sin gente, el MST plantea la reocupación de tierras y está teniendo éxitos en Brasil. En Ecuador las luchas por los territorios, permite recuperar la legalidad de sus legítimas tierras, mientras a nivel de América Latina los pueblos indígenas plantean empezar a trabajar una agenda por la autonomía de las tierras.

Las luchas de trabajadores de Guatemala y Colombia fortalecen el boicot contra empresas como

Coca Cola, empresa que mientras en estos países asesina sindicalistas, en México enfrenta el rechazo de las comunidades indígenas de Chiapas donde pretende apoderarse de las fuentes de agua. Otras luchas reciben cada vez más apoyo en las maquiladoras de México y Centroamérica, y contra las privatizaciones, en México y El Salvador. En Uruguay una coalición de trabajadores y asociaciones ha parado la privatización del agua con un referéndum nacional.

Una resistencia con todos los colores, con todos los sexos, con todas las edades. Desde los pensionistas que prefieren morir en los plantones de Quito, luchando, antes que olvidados por el gobierno en su miseria, hasta las marchas estudiantiles en Argentina. La juventud es la presencia más constante en las calles, en las huelgas estudiantiles, en los movimientos contra la impunidad de los oficiales de las guerras sucias pasadas y actuales.

Todavía, nos queda la palabra, nos quedan los sueños, nos queda la esperanza, nos queda la tierra, nos queda la risa, nos queda el canto, nos quedan las manos, nos queda la salud, que no será tal si no recuperamos nuestro poder de subsistencia, la capacidad de protegernos, las relaciones de afecto frente a la violencia y el torbellino consumista, la capacidad de pensarnos nosotros mismos, la actitud de participar entre todos en la construcción de nuestro futuro y nuestros sueños en nuestras tierras, con la satisfacción de recrearnos, de descansar para volvernos a crear, de tomarnos el tiempo para el baile y la risa, para la creación artística, para que nos sintamos orgullosos de nuestra identidad, de lo que somos y nos hemos forjado, desde que conseguimos, a base de luchas, la libertad pendiente desde hace más de 500 años. Sin embargo, nos falta todavía la verdadera independencia.

REFERENCIAS

- ACCIÓN ECOLÓGICA (2002). Nuestro Mundo no está en venta. Alerta Verde nº 117, mayo. Quito.
- CHENEY, DICK (2001). National Energy Policy, Mayo. www.soberania.info
- CHOMSKY, NOAM (2003). Video "Plan Colombia". willfree.
- ISCH, EDGAR (2004). La mayor amenaza contra la vida y la democracia en el Ecuador. El tratado de Libre Comercio con EEUU. Memoria del taller. Coca
- KLARE, MICHAEL T (2004). La nueva misión crucial del Pentágono I y II. La Jornada, México. 18-10-2004. www.jornada.unam.mx
- LA JIRIBILLA (2005). La verdad al desnudo. www.lajiribilla.cu
- MARTÍNEZ, ESPERANZA (2003). Conflictos bélicos y Petróleo. Oilwatch. Conferencia en Chiapas, México en encuentro internacional contra militarización de A.L.
- NAVARRO, GUILLERMO (2004). Geopolítica Imperialista. De la "Doctrina de los dos Hemisferios" a la "Doctrina Imperial" de George Bush. Edit. Zitra. Quito)
- OILWATCH (2001). La manera occidental de extraer petróleo. La Oxy en Colombia, Ecuador y Perú. Edit. Oilwatch. Quito.

5 Violencia Social y Política en Colombia (Un Abordaje Médico-Social)

Saúl Franco A.

Introducción

La violencia es no solo un problema político, sociológico o militar. La violencia es también una cuestión de salud pública. En Colombia la violencia es de hecho el principal problema de salud pública. Los altos índices de homicidio y secuestro, la significativa reducción de la calidad de vida de la población y la sistemática violación del Derecho Internacional Humanitario y de la Misión Médica, evidencian el enorme impacto de la violencia social y política sobre la salud en Colombia.

Se han propuesto diversos abordajes teóricos para el estudio de la violencia, especialmente desde las ciencias sociales. En el sector de la salud, la epidemiología con sus diferentes tendencias, ha sido la disciplina que más ha contribuido al estudio de este problema.

El artículo presenta las bases conceptuales y los principales resultados y conclusiones de las investigaciones del autor en este problema desde la perspectiva médico-social en los últimos quince años.

Bases conceptuales y metodológicas

El concepto de violencia. No hay un concepto exacto y universalmente aceptado sobre el concepto de violencia. Hay muchas definiciones y cada una

de ellas destaca aspectos específicos, generalmente relacionados con el área de especialización del autor. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, define la violencia como "el uso intencional de la fuerza física o del poder, como amenaza o efectivamente, contra uno mismo, contra otra persona, o contra un grupo o una comunidad, y que produzca o tenga una alta probabilidad de producir una lesión, la muerte, daño psicológico, desarrollo inadecuado o deprivación" [World Health Organization, 2002]. Por supuesto esta definición incluye los elementos fundamentales del concepto. En mi opinión, sin embargo, excluye aspectos importantes e incluye particularidades que no son necesarias en una definición. Defino la violencia de manera sintética como una forma específica de interacción humana en la cual, para lograr un fin, se produce daño a otro mediante el uso de la fuerza. Dadas sus implicaciones, es necesario desarrollar el contenido de esta definición.

El carácter humano de la violencia implica que es una actividad inteligente. Como forma de interacción humana, la violencia es un comportamiento aprendido. Aunque los actos violentos pueden aparecer inicialmente como irracionales, tienen una lógica y un contexto propios. La característica más específica de la violencia es que es una relación basada en el uso de la fuerza. La fuerza puede ser física o psicológica. La violencia siempre produce daño o lesión. Sin daño no hay violencia. El daño puede ser físico o psicológico y puede tener diversos niveles de intensidad. El propósito u objetivo es la característica más polémica de la violencia. Se refiere a la intención de alcanzar un objetivo específico. La violencia no sucede al azar. El poder es uno de los objetivos más comunes de la violencia. El poder y la violencia están estrechamente relacionados [Arendt, 1970], pero son conceptos muy diversos: mientras el poder es un objetivo en sí mismo, la violencia es un instrumento. Los analistas de la violencia se refieren generalmente a esto como el carácter instrumental de la violencia [Arendt, 1970; Benjamin, 1995; Cortina, 1998].

Como consecuencia de lo anterior, resulta claro que la violencia es un proceso y tiene una naturaleza histórica. La violencia no es un hecho aislado: implica diversos pasos, actividades y consecuencias tanto para la víctima como para el agente, y afecta tanto a los individuos como a sus allegados. La violencia cambia: su intensidad y sus modalidades varían en el tiempo y de un país a otro. Esto implica que la violencia se puede reducir y modificar, y por tanto que algunos tipos de violencia se pueden prevenir.

El homicidio como indicador de la violencia. Por sus graves consecuencias y gran significado en los registros, el homicidio es ampliamente reconocido como uno de los más importantes indicadores de violencia. En el caso del actual ciclo de violencia en Colombia, el homicidio es indudablemente el indicador que mejor refleja la magnitud y gravedad de la situación. Con algunas limitaciones, especialmente en las regiones del país que están bajo el control de los grupos armados ilegales, es también la mejor documentada de todas las formas de violencia. Mis investigaciones acerca de la violencia colombiana han implicado el análisis y la confrontación de las diversas – y en ocasiones cambiantes - fuentes de información sobre los homicidios.

Condiciones estructurales y Procesos Coyunturales. Metodológicamente en el estudio de la violencia social y política colombiana desde la perspectiva médico-social, he encontrado supremamente útil diferenciar las condiciones estructurales de los procesos coyunturales. Las condiciones estructurales son los procesos de más larga duración que tienen que ver con los componentes fundamentales del fenómeno en estudio. Por su parte, los procesos coyunturales tienen una duración más corta y ejercen una influencia importante pero complementaria sobre los componentes fundamentales de un fenómeno. En el caso de la violencia, esta di-

ferenciación es útil tanto para explicar el fenómeno como para buscar las soluciones posibles.

El estudio de la violencia colombiana ha implicado una confrontación permanente entre los "estructuralistas" y los "coyunturalistas". Esta confrontación ha tenido un impacto significativo en las políticas y las estrategias del país frente a la violencia. El abordaje socio-médico procura estudiar las formas en las cuales interactúan los elementos estructurales con los coyunturales y enfatiza la necesidad de una estrategia de solución que integre ambas dimensiones, evitando las exclusiones que aunque inicialmente parecen simplificar el trabajo, generalmente son ineficaces a largo plazo.

La integración Teoría-Datos-Discursos. Como otra contribución metodológica al estudio de la violencia colombiana desde la perspectiva socio-médica, he implementado un abordaje que integra tres elementos: el acumulado teórico de diversas escuelas del pensamiento, los datos suministrados por diversas fuentes y el testimonio verbal o escrito de los agentes y de las víctimas implicadas. Aunque se utilizan con frecuencia, los abordajes que utilizan aisladamente cada uno de estos tres elementos son insuficientes para un análisis adecuado de un problema tan complejo. Su integración es mucho más compleja, pero ofrece un panorama más completo de la situación, superando al menos parte los problemas de una visión excesivamente teórica o excesivamente subjetiva y emocional, y las múltiples limitaciones de las descripciones puntuales ofrecidas por los medios de comunicación.

Principales hallazgos del estudio de la violencia homicida en Colombia

Hay tres aspectos de la actual situación de violencia social y política en Colombia que son particularmente relevantes: su generalización, su complejidad creciente y su progresiva degradación. La generalización de la violencia colombiana se refiere tanto a su extensión en el tiempo y en el espacio, como al número y tipo de sectores sociales que va implicando. En la medida en que el problema se amplía, su complejidad aumenta continuamente: los agentes de la violencia son cada vez más diversos; los individuos cambian frecuentemente de un grupo armado a otro, y las manifestaciones e implicaciones de la violencia son muy cambiantes y evolucionan rápidamente. La progresiva degradación de la violencia en Colombia tiene que ver con el desacato de cualquier principio ético o humanitario, incluyendo los que son acatados internacionalmente en situaciones de guerra. Esta degradación se refiere también a los métodos y mecanismos de acción, que incluyen: las masacres (entendidas como asesinatos colectivos de individuos desarmados), los secuestros (también en ocasiones colectivos e indiscriminados), y la destrucción completa de algunas poblaciones.

Algunos hechos, cifras y gráficas ayudan a ilustrar la situación. La Gráfica 1 presenta las tasas de homicidio en Colombia correspondientes al período comprendido entre 1975 y 2001. Es evidente un incremento lento entre los últimos años de los setenta y mediados de los años ochenta. A partir de entonces se observa un acelerado ritmo de aumento, registrando los más altos niveles del período a principios de los años noventa. Se aprecia luego una leve disminución, con una segunda reactivación desde 1998. De conformidad con los datos registrados, en los últimos años la tasa anual de homicidios en Colombia es en promedio de 60 por 100.000 habitantes. En el año 2000, la tasa media mundial de homicidios fue de 8.8 por 100.000 habitantes, cerca de siete veces inferior a la tasa de Colombia. Actualmente, la tasa de homicidios del país sigue siendo la más alta del mundo.

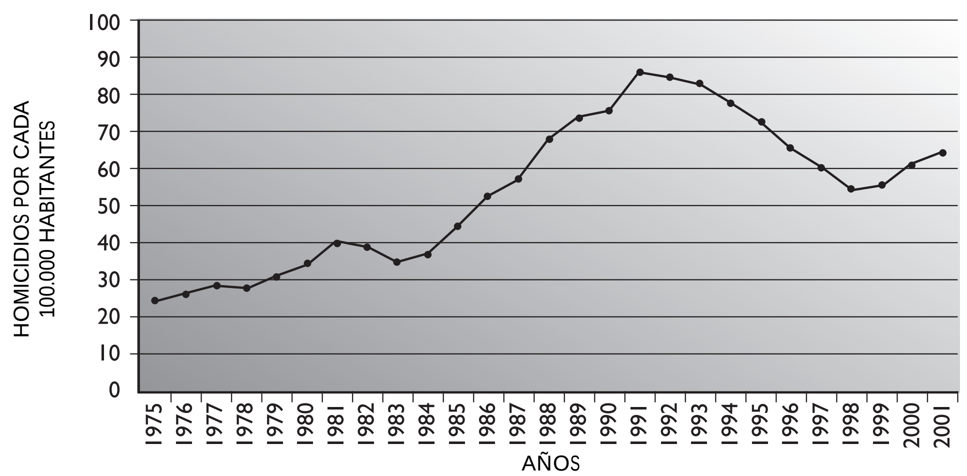
De lejos el mayor impacto de la violencia homicida en Colombia lo padece la población masculina. En 2001, los hombres aportaron el 92.5% de las víctimas

de homicidio. Sin embargo, debe advertirse acerca de dos hechos preocupantes. Primero, el porcentaje de mujeres víctimas de homicidio se ha estado incrementando en los últimos veinte años. Segundo, a pesar de que la relación de doce hombres asesinados por cada mujer víctima de homicidio es favorable para las mujeres, el número actual de mujeres asesinadas en Colombia es muy alto. En el 2001 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró un total de 1972 mujeres asesinadas, lo que da un promedio de cinco mujeres asesinadas diariamente en Colombia.

De conformidad con la información disponible, la distribución de los homicidios en los hombres muestra un impacto significativamente mayor entre los jóvenes. Las tasas más altas se registran en la población masculina entre 15 y 44 años. Entre los adolescentes y hombres jóvenes de 25-34 años, las tasas son alarmantes. En 1999, por ejemplo, las tasas de homicidio para los hombres entre 20 y 34 años fueron tres veces superiores a la tasa promedio nacional. La situación es aun más dramática cuando se analiza en función de la distribución por edad y género en las distintas regiones geográficas: en 2001 por ejemplo, la tasa de homicidio para los hombres en edades entre los 18 y los 24 años en el departamento de Antioquia fue de 728 por 100.000, un hecho abrumador que evidencia la extrema gravedad del problema.

La distribución de los homicidios por la violencia social y política entre las diversas regiones del país -administrativamente dividido en Departamentos- demuestra contrastes muy fuertes que pueden ser útiles para identificar el origen y la dinámica del problema. Antioquia, un departamento cuya capital es la ciudad de Medellín, ha mantenido persistentemente las tasas regionales más altas del país e incluso triplicó el promedio nacional en el año 1991. Antioquia ha sido un escenario muy importante del conflicto armado al

GRÁFICA 1. TASA ANUAL DE HOMICIDIOS, COLOMBIA, 1975-2001



Fuentes de los datos: Revista Criminalidad, Policía Nacional. INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

igual que del problema del narcotráfico. Es sugestivo que su curva de homicidios disminuyó inmediatamente después de que el denominado cartel de Medellín fue seriamente golpeado por las autoridades en la lucha contra el narcotráfico. En el Departamento de El Valle las tasas de homicidio comenzaron a aumentar cuando las tasas en Antioquia comenzaron a disminuir. El Valle ha sido también un escenario importante tanto del conflicto armado como del tráfico ilegal de drogas; allí se observó un incremento en las actividades del narcotráfico inmediatamente después que el cartel de Medellín fue desarticulado. Bogotá, la capital del país ha mantenido tasas por debajo del promedio nacional, y desde 1993 ha mostrado una disminución constante que coincide con la puesta en marcha por parte de las autoridades locales de un conjunto de programas para la prevención de la violencia y la convivencia pacífica.

Esta distribución regional de la violencia homicida muestra cambios recientes. Antioquia dejó de tener la tasa más alta desde 2001, cuando fue substituido por otras regiones – como Arauca, Guaviare y Putumayo - donde se ha registrado un aumento significativo del conflicto armado y de la producción y comercialización ilegal de narcóticos durante los últimos años.

Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia

¿Qué es un contexto explicativo? En un esfuerzo por ir más allá del nivel descriptivo en el estudio de la violencia colombiana y de tratar al mismo tiempo de superar las dificultades que conlleva el concepto de causa, he propuesto usar la categoría contextos explicativos como un instrumento teórico en el estudio de la violencia, y que puede aplicarse también en otras áreas de investigación social. Un contexto explicativo es la combinación específica de las condiciones culturales, económicas y socio-políticas que hacen que un fenómeno sea históricamente posible y racionalmente comprensible. En ese sentido, la idea de los contextos explicativos apunta hacia una descripción del origen y una explicación del fenómeno, pero evita la idea de culpar y el determinismo que están frecuentemente implicados cuando se utiliza el concepto de causa.

Al estudiar un fenómeno específico es necesario identificar los diversos componentes del contexto explicativo o, aun mejor, de los diversos contextos explicativos implicados. Es también importante entender que mientras los fenómenos estudiados todavía están en curso, los contextos explicativos pueden y deben considerarse como provisionales. Solamente pueden establecerse contextos explicativos definitivos cuando se trata de acontecimientos pasados.

Basado en el estado actual de la investigación, en el estudio de campo y en una continua observación de la situación, he propuesto cuatro contextos explicativos de la violencia colombiana: el político, el económico, el cultural y legal [Franco, 1999].

- *Contexto explicativo político.* La población entrevistada en el trabajo de campo le asignó a este contexto la mayor importancia relativa. Incluye cuatro aspectos fundamentales: la caracterización y el papel del gobierno, la persistencia del conflicto político-militar, la intolerancia y el papel de la sociedad en su conjunto.

  El primer aspecto tiene que ver con la corrupción, con una disminución progresiva de la legitimidad y credibilidad del Gobierno, su creciente debilidad y parcial disolución [Pecault, 1995], y su ausencia relativa de diversas regiones y diferentes aspectos de la vida nacional, todo incrementado por la imposición del modelo neoliberal.

El actual conflicto político-militar tiene una historia larga y complicada. Sus raíces se pueden remontar al período de la aguda violencia de mitad del siglo pasado [Guzmán, Fals-Borda, Umaña, 1980; Oquist, 1978] y su activación ocurrió entre a mitad de los años sesenta del siglo pasado y los comienzos de los setenta [Sánchez, Peñaranda, 1995]. El conflicto comenzó como una confrontación militar entre los grupos guerrilleros de izquierda y el gobierno. A comienzos de los ochenta apareció un nuevo agente: las organizaciones paramilitares [Medina, 1990] que comenzaron como grupos de autodefensa al servicio de los narcotraficantes y terratenientes, decididos a enfrentar directamente los grupos guerrilleros y apoyados a menudo por sectores de las fuerzas militares y de seguridad del gobierno. El narcotráfico ha infiltrado significativamente el conflicto y los grupos armados implicados han sostenido relaciones variables y ambiguas con las organizaciones que controlan el tráfico de drogas. Los fuertes intereses económicos trasnacionales implicados en el tráfico de armas han sido también un estímulo permanente para el conflicto armado colombiano [Tokatlián, Ramírez, 1995].

En las dos últimas décadas el conflicto se ha agravado y las organizaciones armadas ilegales han aumentado su capacidad militar y su control geográfico. Durante el mismo período han fracasado varios intentos de lograr una solución negociada, incluyendo la promulgación de una nueva constitución en 1991 [Valencia, 1998]. La participación de la comunidad internacional en éstos esfuerzos ha sido relativamente escasa.

La intolerancia política, entendida como la incapacidad de solucionar las diferencias ideológicas y políticas de una manera no-violenta, ha sido una tendencia constante en los problemas colombianos. El conflicto armado interno expresa y estimula continuamente un alto nivel de intolerancia que ha llevado a la extinción de varios grupos políticos alternativos no armados y a la reducción de la política a procesos electorales frecuentemente viciados o a la confrontación militar. Aunque no todos los homicidios se pueden atribuir a la intolerancia política y social, aproximadamente un 20% de ellos sí son producidos directamente por ella [Franco, 1999]. Aunque la intolerancia política se manifiesta más claramente en el conflicto armado, se convierte en un patrón que se reproduce fácilmente en otras áreas de interacción social.

Dos componentes importantes del contexto explicativo político son la apatía social frente a la violencia y los precarios niveles de organización y participación para enfrentar el problema. A pesar de la intensidad, persistencia y generalización de la violencia, la sociedad colombiana ha avanzado poco en cuanto a una posición clara y consistente hacia violencia. Cada vez más se evidencian también las responsabilidades y posibilidades de la comunidad internacional [Franco, 2000].

- *Contexto explicativo económico*. El aspecto fundamental de éste contexto es la inequidad estructural de la sociedad colombiana. Colombia demuestra bien el hecho de que no existe una relación unidireccional entre la pobreza y la violencia. Y es también un buen ejemplo de la fuerte relación existente entre la inequidad y la violencia. Esta relación ha sido demostrada a nivel internacional por el Banco Mundial en un estudio realizado entre 1970 y 1994 en diversas regiones del mundo [Fajnzylber, Lederman, Loayza, 1997]. La inequidad en la distribución de recursos y oportunidades se ha incrementado progresivamente en Colombia [Fresneda, Sarmiento, Muñoz, 1991]. Algunos datos pueden ser útiles para entender la si-

tuación: el 60% de la población colombiana vive por debajo de la línea de pobreza y el 23% vive en condiciones de miseria; 3.3 millones de colombianos se encuentran desempleados, y el 61% de los empleados se dedican al trabajo informal; el 37% de quienes trabajen ganan menos del salario mínimo y el 48.6% de la población no está cubierta por ningún tipo de Seguridad Social [Colombia. Contraloría General de la Nación, 2002].

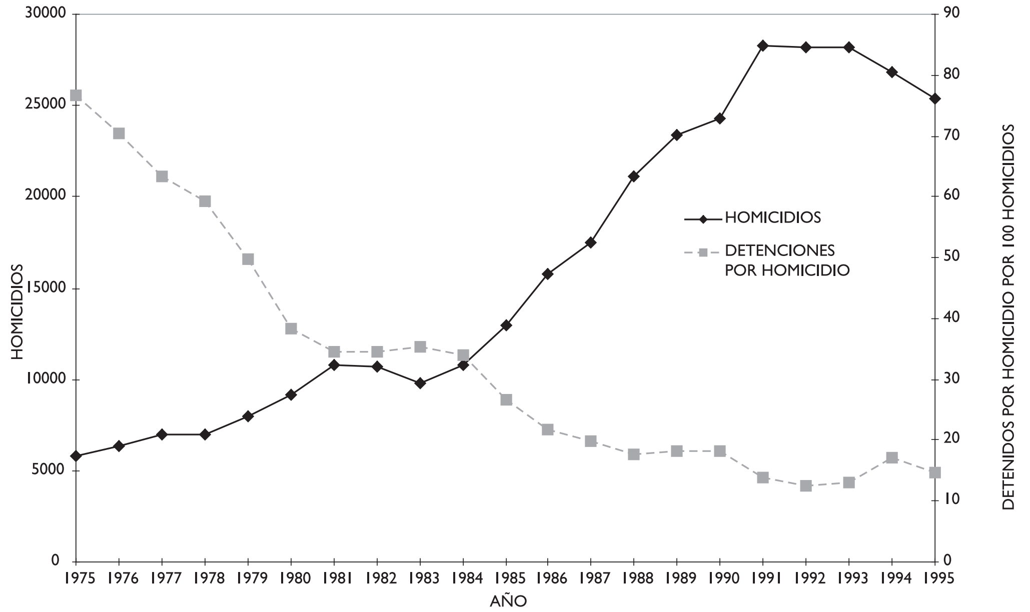
El tráfico ilegal de drogas hacia el creciente número de consumidores en los países llamados desarrollados, que fue percibido por muchos a mitad de los setenta como un mecanismo para una mejor distribución de la riqueza en Colombia, terminó por empeorar la concentración de la propiedad de la tierra y de otros recursos, aumentando los niveles de inequidad y, por tanto, de violencia [Deas, Gaitán, 1995; Uprimny, 1995].

- *Contexto explicativo cultural*. Posiblemente es este el menos estudiado de los contextos explicativos de la violencia, tanto en los trabajos colombianos como en los internacionales. Como se ha afirmado, la violencia es humana, histórica y social, y por tanto se inserta íntimamente en la cultura. En el caso colombiano, este contexto tiene tres dimensiones principales. La primera se refiere a lo ético, que está en el centro de todo lo relacionado con violencia. Hay un nexo entre los valores sociales y los problemas contemporáneos, en especial la violencia. Incluso la primacía del valor de la vida se subestima o se ignora con frecuencia [De Currea-Lugo, 1999]. La segunda dimensión se refiere a la educación. Incluye tanto el grado de cobertura como los contenidos del sistema de educación pública del país. El 83% de la población colombiana tiene acceso a la educación primaria, el 63% a la educación secundaria y sólo el 15% a la educación superior (profesional). Hay una clara discriminación contra la población más pobre [Colombia. Contraloría General de la Nación, 2002].

Las tercera dimensión se refiere a los componentes psicológicos del origen y de la dinámica de la violencia. Implica la acumulación crónica de sentimientos de odio y venganza entre los individuos y los grupos. Incluye también las psicopatologías individuales y colectivas que se esconden detrás de ciertas formas de crueldad y del comportamiento de algunos asesinos a sueldo.

- *Contexto explicativo legal*. Está íntimamente ligado a los contextos político y cultural de la violencia e implica dos aspectos principales: la insuficiencia de la estructura legal del país con respecto al tipo y a la magnitud de la violencia actual, y a la ineficacia del sistema penal. Su indicador más claro es la impunidad, que se ha empeorado en las últimas cuatro décadas. Según cálculos oficiales, "mientras que la probabilidad de acusar a alguien por un crimen era del 20% a mitad de los sesenta, este número bajó hasta el 5% en 1971 y desde entonces ha disminuido continuamente hasta el 0.5% actual" [Comisión de Racionalización del Gasto y las Finanzas Públicas, 1997]. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se desconoce al 75% de los autores de los homicidios cometidos en 1999 [Colombia. Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses, 2000] y al 89% de los cometidos en 2001. La Gráfica 2 muestra la relación inversa entre la criminalidad homicida y la capacidad de sanción penal de la sociedad colombiana actual. Mientras que las tasas de homicidio aumentan, disminuye la captura y condena de los asesinos. Esto demuestra también la relación positiva entre impunidad y violencia en la actual situación de violencia en Colombia.

GRAFICA 2. HOMICIDIOS Y DETENIDOS POR HOMICIDIO, COLOMBIA, 1975-1995.



Fuente: Franco, S. El Quinto: No Matar. IEPRI-Tercer Mundo. 1999, p:111.

En síntesis: pueden identificarse tres condiciones estructurales y tres procesos coyunturales en la génesis y dinámica de la violencia colombiana actual. La inequidad, la intolerancia y la impunidad constituyen las tres condiciones estructurales, mientras el conflicto armado interno, el narcotráfico y la neoliberalización del Estado constituyen los procesos coyunturales que lo facilitan y dinamizan.

Conclusiones

De las muchas conclusiones que pueden sacarse de este abordaje médico-social a la violencia social y política colombiana, hay tres que considero particularmente importantes:

- La primera es que la violencia homicida en Colombia es un proceso severo y complejo. Colombia es un país de aproximadamente 40 millones de habitantes, donde las tasas de homicidio se mantienen alrededor de 60 por 100.000 habitantes y donde han muerto asesinadas más de medio millón de personas en los últimos 27 años. Las condiciones estructurales y los procesos coyunturales que generan dicha violencia van interactuando, aparecen y se mezclan nuevos actores y los conflictos de intereses implicados son cada vez más fuertes. El problema merece mayor atención de la sociedad colombiana, del Estado y de la comunidad internacional.

- En segundo lugar: El abordaje médico-social de la violencia colombiana tiene posibilidades y limitacio-

nes. Frente a un problema tan complejo cualquier disciplina, teoría o abordaje metodológico resulta insuficiente. El abordaje médico-social ofrece la combinación de la observación permanente y cuidadosa, de la introducción de nuevas categorías analíticas y de recursos metodológicos, y la generación de información coherente y consistente. Las limitaciones del abordaje médico-social en este tema incluyen la dificultad – y en ocasiones el riesgo – de poder tener acceso a información adecuada sobre el tema; la carencia de indicadores específicos para ciertos hechos y procesos; el carácter provisional de algunos de los conceptos y de los métodos que se requieren; el número - todavía pequeño - de investigadores afines y la precaria e irregular comunicación entre ellos. Superar estas limitaciones puede constituir un importante aporte para la comprensión y el mejor enfrentamiento del problema.

- Finalmente, la intensidad y complejidad de la violencia colombiana requiere una mayor participación y movilización social para enfrentarla y una transición más rápida entre la discusión teórica y política y la acción. Parece haber consenso en torno al papel de los intelectuales y los académicos en el estudio y el análisis del problema, en la formulación de propuestas viables, y en el apoyo eficaz a la transición entre la teoría y la conciencia social. La medicina social puede - y debe - hacer una contribución cada vez mayor en este esfuerzo.

REFERENCIAS

- ARENDT H (1970). On Violence. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- BENJAMIN W (1995). Para una crítica de la violencia. Buenos Aires: Editorial Leviatán.
- COLOMBIA. CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN (2002). La exclusión social en la sociedad colombiana. Bogotá: Contraloría.
- COLOMBIA. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (2000). Forensis 1999. Bogotá.
- COMISIÓN DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO Y LAS FINANZAS PÚBLICAS (1997). El saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad, Tema V. Informe Final. Santafé de Bogotá.
- CORTINA A (1998). Hasta un Pueblo de Demonios: Ética Pública y Sociedad. Madrid: Editorial Taurus.
- DE CURREA-LUGO V (1999). Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano. Comité Internacional de la Cruz Roja. Plaza y Janés Editores, Bogotá.
- DEAS M, GAITÁN F (1995). Dos ensayos especulativos sobre la violencia en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- FAJNZYLBER P, LEDERMAN D, LOAYZA N (1997). What causes crime and violence? Washington, The World Bank.
- FRANCO S (1999). El Quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. Bogotá: IEPRI - Tercer Mundo Editores.
- FRANCO S (2000). International dimensions of Colombian violence. Int J Health Serv. 30(1):163-185.
- FRESNEDA O, SARMIENTO L, MUÑOZ M (1991). Pobreza, violencia y desigualdad: retos para la nueva Colombia. Santafé de Bogotá: United Nations Development Programme.
- GUZMÁN G, FALS-BORDA O, UMAÑA E (1980). La violencia en Colombia. Novena edición, Bogotá, Carlos Valencia Editores.
- MEDINA C (1990). Autodefensas, paramilitares y narcotráfico en Colombia. Santafé de Bogotá, Documentos Periodísticos.
- OQUIST P (1978). Violencia, conflicto y política en Colombia. Bogotá: Instituto de Estudios Colombianos.
- PECAULT D (1995). De las violencias a la Violencia. En: Sánchez G, Peñaranda R, editores. Pasado y presente de la violencia en Colombia. 2a ed. Santafé de Bogotá: IEPRI –CEREC.
- SÁNCHEZ G, PEÑARANDA R, editores (1995). Pasado y presente de la violencia en Colombia. Segunda edición. Santafé de Bogotá, IEPRI – CEREC.
- TOKATLIÁN JG, RAMÍREZ JL, editores (1995). La violencia de las armas en Colombia. Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- UPRIMNY R (1995). Narcotráfico, régimen político, violencias y derechos humanos en Colombia. En: Vargas R, editor. Drogas, poder y región en Colombia. Segunda edición, Santafé de Bogotá, Cinep, 59-146.
- VALENCIA GA (1998). Violencia en Colombia y reforma constitucional, años ochenta. Santiago de Cali, Editorial Universidad del Valle.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO.



Fundamentalismo Econ mico, Retroceso del Derecho y Degradaci n del Trabajo y el Ecosistema

6 El Impacto del Neoliberalismo en la Salud de los Trabajadores de América Latina

Mariano Noriega,
Cecilia Cruz,
María de los Ángeles Garduño

1.

La instrumentación del modelo neoliberal en los países de América Latina trastoca de manera central las formas de reproducción de la población trabajadora. Una de las expresiones de esta afectación, es el empeoramiento de sus condiciones de trabajo y por lo tanto de salud.

El impulso de este modelo por los grandes capitales transnacionales, y su puesta en marcha por los gobiernos latinoamericanos, pareciera considerarse como la única alternativa de la llegada exitosa del capitalismo al siglo XXI, aunque en realidad está significando grandes sacrificios para la mayoría de la población.

De hecho, este proyecto modernizador ha generado condiciones desventajosas especialmente para la población trabajadora: una marcada desigualdad, la derrota política de sus organizaciones, el deterioro permanente y progresivo de los niveles de ingreso y del mercado de trabajo.

En América Latina, en general, la intervención del Estado hace dos o tres décadas contemplaba la regulación de la relación entre los empresarios y los trabajadores. Sin embargo, la crisis, la modernización y la globalización terminaron por revertir la tendencia creciente de intervención del Estado en el proceso de reproducción. La política neoliberal puesta en marcha, sobre todo desde el inicio de la década de los ochenta, señala el fin del llamado estado de bienestar.

En la actualidad, se han privatizado las empresas que estaban en manos de los gobiernos, se han desregulado los mercados y se ha liberalizado el comercio pero, sobre todo, se promueve a cualquier costo la inversión extranjera. El resultado en cada uno de los países latinoamericanos es diverso, pero hay constantes:

desempleo, por el cierre de empresas que no pueden competir con las transnacionales; pérdida de derechos ganados por los trabajadores e imposición de procesos de trabajo de alto riesgo [Benería, 1999].

La base de la "modernización" productiva en América Latina no ha sido, principalmente un recambio tecnológico, sino la intensificación del trabajo y el despido constante de trabajadores. Un informe presentado por la Organización Internacional del Trabajo señala que, a nivel mundial, 185.9 millones de personas en el 2003 estaban desempleadas y la mayoría de las que tenían empleo estaban en situación de pobreza [OIT, 2004ª]. En particular, en América Latina la tasa de desempleo se situó en 8.9%, lo que representó un incremento notable en relación a la década pasada que se ubicó en 7.3% [CEPAL, 2003].

En términos estrictamente laborales, la modernidad en América Latina es difícil de analizar porque incorpora nuevos elementos en las condiciones de trabajo, en la legislación y en las condiciones de defensa colectiva de los trabajadores, que se "montan" sobre estructuras y modelos antiguos, pero aún vigentes y dominantes. Así, la flexibilidad laboral se está imponiendo como tendencia en los procesos productivos, pero conserva y generaliza estructuras organizativas anteriores como la taylorista y aprovecha las nuevas propuestas de procesos que incorporan la automatización, la informática, la microelectrónica u otras propuestas ligadas a éstas como el control de calidad y la calidad total.

2.

La combinación de altos índices de desempleo y subempleo, y la inestabilidad del mercado laboral con su depresión salarial, configuran un panorama crítico para los trabajadores. Pero esto no es todo, el proceso de modernización también ha significado importantes modificaciones en otros aspectos de las relaciones laborales al interior de los centros de trabajo: los cambios se hacen con la finalidad de incrementar la productividad. La flexibilidad, entendida como polivalencia de las actividades, se usa como estrategia para aumentar la capacidad de adaptación de los operarios. Así, estas medidas incrementan los riesgos y las exigencias laborales, derivados de estas nuevas formas de organización laboral, lo que afecta profundamente la salud de los trabajadores.

En este sentido, el modelo neoliberal no sólo "…ajustó el desarrollo de la reestructuración productiva mediante la aparición de innovadoras y revolucionarias tecnologías (flexibilidad dinámica), sino que se sustentó en la flexibilidad estática que se fundamenta en "la disminución del costo salarial: restricción de los salarios, intensificación del trabajo, alargamiento de la jornada y reducción de las prestaciones sociales." [Lóyzaga, 2002].

La flexibilidad en América Latina se está imponiendo, generalmente, con la violación de las leyes en la materia. Así, se puede pasar por encima de la legislación con contrataciones temporales y con salarios pagados por hora o a destajo. Además las empresas reciben ventajas fiscales, promueven inestabilidad en el empleo y en el puesto, divisibilidad del salario (sueldos, bonos, incentivos, becas), jornadas variables, menos descansos, contratos colectivos con menores derechos y prestaciones y, desde luego, restricción al derecho de huelga.

La organización laboral es uno de los aspectos que está sufriendo los mayores cambios. Se pretende fomentar en las personas un sentimiento de pertenencia y compromiso haciéndolo pasar como de interés común pero, en realidad, sus características, para la mayoría de los trabajadores, son: una acentuada división social y técnica, estandarización de tareas, asignación limitada de tareas por persona, selección científica de personal, individualización, capacitación para la tarea, medición objetiva del rendimiento individual, re-

muneración en función de la productividad, supervisión estricta, reducción del margen de autonomía [Noriega, 1995; Novick, 2000].

Las nuevas condiciones polivalentes de trabajo, además, están aprovechando características de género en la distribución del proceso laboral. Algunos estudios han mostrado que en los varones predomina una polivalencia de tipo vertical, representando una multicompetencia calificada, mientras que entre las mujeres predomina una multicompetencia sin calificación, horizontal, que permite realizar tareas diferentes [Acevedo, 2002].

En Latinoamérica lo mismo persisten extensas jornadas y ritmos intensos en los trabajos estructurados, que la invasión de la vida cotidiana, al convertirla en una jornada indiferenciada, en los trabajos no estructurados [Cruz & Al., 2003].

En la actualidad, la relación entre el trabajo y la salud de los trabajadores no se puede explicar solamente desde el al ámbito del trabajo remunerado, sino que también se debe tomar en cuenta las actividades domésticas que implican, cuando menos, una doble jornada. La organización del trabajo, a partir de nuevas tecnologías y nuevos tipos de procesos, ha permitido que, especialmente las trabajadoras, cumplan con dobles y hasta triples roles laborales, provocando un desgaste acentuado.

De esta manera, para explicar los daños a la salud no se puede separar el espacio del trabajo y del consumo, lo interior de lo exterior, el espacio fabril y el espacio doméstico, ya que eso es disociar la fuerza de trabajo de su humanidad. Es una lucha contra las posiciones dominantes que pretenden dividirlo todo: la fábrica, de la casa; las emociones, de la energía; la producción, de la política y de la cultura.

Esta flexibilidad también imprime dinámicas laborales diversas a varones y mujeres, ya que promueve tiempos y espacios no rígidos, dándose así la posibilidad de combinar el trabajo doméstico y el remunerado. Lo que sucede en realidad es que la flexibilidad está dando paso a la desregulación, es decir, a la aplicación absoluta de la autonomía por los dueños de las empresas para establecer las condiciones de trabajo [Garduño, 2001].

El modelo tradicional del trabajo propio de las sociedades industriales se está transformando sustancialmente, pero además está disminuyendo el número de trabajadores empleados en las empresas manufactureras, lo que afecta especialmente a los jóvenes y acentúa los flujos de trabajadores migrantes hacia los países desarrollados, casi como única salida. Por otra parte, se está aumentando la proporción de empleos temporales y a media jornada. En resumen, es un fenómeno de precarización laboral y de desempleo estructural de larga duración [Tezanos, 2001, Feo, 2002].

Ahora bien, el fenómeno de la "precarización del mercado de trabajo" es, seguramente, la característica más sobresaliente de la situación contemporánea. A diferencia de períodos previos, la precariedad en el empleo no es ya una situación transitoria o eventual sino que tiende a convertirse en un rasgo estructural de las sociedades latinoamericanas. El predominio del sector informal en el mercado laboral ha sido acompañado por el de "terciarización del empleo", es decir, la ocupación creciente de la fuerza de trabajo en el sector de los servicios. Otro importante asunto a destacar es el crecimiento notable del trabajo infantil, del empleo no asalariado y de los talleres familiares y de las pequeñas industrias en la estructura ocupacional industrial.

Las cifras son contundentes e ilustrativas de la situación. Según la OIT, en la actualidad, el sector informal concentra el 75% de los trabajadores ocupados en América Latina. En el período entre 1990 y 2003, en promedio, por cada 10 personas ocupadas, 6 se ubicaron en la economía informal. La expansión de este sector afecta a todos los trabajadores, aunque es más notorio para las mujeres, dado que el 85% de su empleo

se ubica en este sector [OIT, 2004b]. Durante los últimos cuatro lustros se han perdido en América Latina millones de puestos de trabajo, sin contar los empleos que se dejaron de crear. En la región 19.5 millones están sin empleo lo que equivale al 10.4% de la fuerza laboral [OIT, 2004b].

3.

Un dramático ejemplo del empeoramiento de estas condiciones se ha dado en México a raíz del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que ha dejado en el país secuelas imborrables. Hace más de 10 años que este Tratado entró en vigor con los objetivos de reducir la pobreza en México, aumentar los empleos y lograr la estabilidad macroeconómica. Sin embargo, ninguno de estos beneficios se ha logrado. En materia de trabajo en particular el TLCAN planteaba "Mejorar las condiciones de trabajo y los niveles de vida del territorio de cada uno de los países participantes" [Samaniego, 2000], es decir, se buscaba proteger los derechos de los trabajadores, pero todas las acciones gubernamentales y patronales han ido en sentido contrario. En 1991, tres años antes del inicio del TLCAN había 10 millones de trabajadores en la economía informal y ya en 2002 esa cifra era de 17 millones" [Castañeda, 2004].

Lo que el TLCAN si ha logrado es una integración acelerada de la economía mexicana a la de Estados Unidos, pero de una forma subordinada, sin crecimiento económico y sin logros en materia de bienestar para los mexicanos y, en particular, para los trabajadores y sus familias [Ornelas, 2003].

La apertura del mercado nacional dio pauta para que en el país se establecieran una gran cantidad de empresas transnacionales a las cuales se les ofrecía mano de obra barata y todas las facilidades para desarrollar sus actividades. Sin embargo, en México se perdieron muchos empleos de tiempo completo, se incrementó el empleo precario (específicamente contratos por horas y con bajos salarios) y el desempleo abierto. Como consecuencia de esta situación cada vez más mexicanos dejan el país. Una forma indirecta de ver este enorme incremento es a través de las remesas que envían los trabajadores desde Estados Unidos a sus familiares. En 1995, a un año del TLCAN, esas remesas fueron de 3,673 millones de dólares y en 2003 fueron de 13,266 millones, es decir, 3,6 veces más [Arroyo, 2004].

Desde el inicio del TLCAN se han creado anualmente, en promedio, sólo el 58% de los empleos necesarios. De éstos el 59.5% no tienen las prestaciones que marca la ley. En el sector manufacturero que es el gran exportador de la economía (87% del total y con la mitad de la inversión extranjera) se podía suponer que es donde se generarían los mayores y mejores empleos, sin embargo, del inicio del TLCAN a la fecha éstos han disminuido en 12.8%. Además el costo integral de la mano de obra bajó 37.7%, a pesar de que la productividad se incrementó en 58.6% [Arroyo, 2004]. Con el salario mínimo de 1976 alcanzaba para comprar casi dos canastas básicas, ahora sólo se puede comprar el 18% de una. A todo ello, se ha ido sumando la falta de códigos de conducta de las empresas transnacionales, es decir, el gobierno mexicano, en su urgencia de que la inversión extranjera directa se instale en el país, ha permitido toda serie de violaciones a los derechos laborales, como son: el derecho a la libertad sindical, el derecho a la seguridad social, el derecho a un salario suficiente y condiciones satisfactorias de trabajo [Castañeda, 2004].

4.

Las nuevas formas de organizar la producción implican una revolución profunda en el trabajo que va a alterar muchas de las realidades laborales que hemos conocido a lo largo del siglo XX, tanto desde el punto de vista de las personas, como desde la perspectiva de los sistemas sociales. Su instrumentación está te-

niendo y tendrá consecuencias directas o indirectas en: las modalidades de efectuar las tareas productivas, la estructura ocupacional, la oferta de empleo disponible y la estructura social [Tezanos, 2001].

Las consecuencias de ese panorama se expresan, en cuatro planos diferentes: a) La disminución o desaparición de muchos componentes básicos para el desarrollo del trabajo humano; b) El surgimiento de nuevas o el agudizamiento de antiguas exigencias laborales, que se caracterizan por su sinergia y aditividad; c) El estrés (agudo y crónico) y la fatiga como elementos mediadores de la patología vinculada a las nuevas formas de organización laboral; y d) El aumento de los padecimientos vinculados a estos cambios, entre ellos los trastornos mentales y psicosomáticos, que son muy variados, pero que tienen un origen común [Noriega & Al., 2000; Delclós & Al., 2003].

El neoliberalismo ha obligado a ampliar nuestro reducido panorama sobre las enfermedades laborales y a reconocer un sinnúmero de nuevos padecimientos que han tomado dimensiones de problemas de salud pública.

Así, entre los trastornos derivados de la exposición al estrés están: psicosis, depresión mayor, fatiga patológica, burnout, trastornos gastrointestinales (enfermedad ulcerosa péptica: úlcera gástrica y duodenal; dispepsia no ulcerosa; síndrome de colon irritable), enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria; enfermedad hipertensiva; enfermedad cerebrovascular), síndrome de estrés postraumático, trastornos por ansiedad (crisis de angustia, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias), e incluso Karoshi (incapacidad o muerte súbitas por exceso de trabajo).

Entre los problemas de salud derivados de las exigencias ergonómicas se encuentran: síndromes y enfermedades musculoesqueléticas (traumatismos acumulados en hombro y cuello, en mano y muñeca, en brazo y codo, por compresiones y tensiones repetidas, neuropatías por presión), fatiga visual, fatiga física o muscular y mental o psicológica.

También se deben reconocer los daños que producen agentes tóxicos y ampliar los tipos de cánceres: hígado, vías biliares, laringe, esófago, estómago, colon y otras partes del tubo digestivo, cerebro, próstata, riñón y mama.Y enfermedades del sistema nervioso generadas por productos químicos capaces de inducir un patrón constante de disfunción neural o cambios en la química o la estructura del sistema nervioso [Noriega, 2004].

No obstante todo esto, es además necesario tomar en cuenta los recientes problemas de salud laboral relacionados con: las tecnologías informáticas y la automatización en los procesos de trabajo; las nuevas sustancias químicas y energías físicas; los riesgos a la salud asociados con nuevas biotecnologías; la transferencia de tecnologías riesgosas; el envejecimiento de las poblaciones trabajadoras; los problemas especiales de grupos vulnerables e improductivos (enfermedades crónicas e invalideces), incluyendo migrantes y desempleados; los relacionados al crecimiento de la movilidad de la población trabajadora; y, la ocurrencia de nuevas enfermedades laborales de varios orígenes [OMS, 1995], la situación en este campo parece desesperada o, por lo menos, con escasas posibilidades de superación en los años por venir.

5.

La globalización es un fenómeno que, al modificar las variables económicas y sociales, repercute, en última instancia, sobre la salud, dado que ésta se encuentra estrechamente conectada a condiciones de vida. En el trabajo y en el consumo se han generalizado enfermedades que estaban aparentemente resueltas, se han agravado otras y han surgido nuevas, todo ello acompañado por el debilitamiento de los servicios de salud y por el recorte de los presupuestos para la salud [Franco, 2002].

Entre las principales tendencias que se vislumbran en materia de salud laboral están:

a) Un abanico más amplio de demandas para los trabajadores como producto del deterioro en la calidad y contenido de trabajo.

b) Los accidentes y las enfermedades tipificados legalmente como laborales será más difícil que se reconozcan, ya que la movilidad y polivalencia de los trabajadores dará argumentos para desconocer la causalidad laboral de las mismas.

c) Se puede prever que la morbilidad laboral se incrementará notablemente en aquellos padecimientos aún no reconocidos como de trabajo.

d) Es probable esperar un aumento en el conjunto de la morbilidad en grupos altamente vulnerables de trabajadores y sus familias directamente relacionado con estas nuevas condiciones de trabajo y de vida. Es claro, desde ahora, el aumento en las manifestaciones patológicas derivadas de la violencia.

e) Los cambios en las legislaciones laborales y de seguridad social posibilitan incrementar la nocividad laboral y reducir, aún más, la defensa colectiva de los trabajadores.

f) El combate frontal a la participación organizada de los trabajadores redundará en menores posibilidades de transformar las condiciones nocivas de trabajo y de salud.

6.

En estos inicios del siglo XXI, con los avances de la microelectrónica, parece inconcebible que no se puedan evaluar adecuadamente las condiciones de salud de los trabajadores latinoamericanos y contar con una información veraz.

Persiste, en muchos de nuestros países, la falta de un sistema integral y programas específicos que respondan adecuadamente a las condiciones laborales y de salud de los trabajadores. La legislación en la materia prácticamente no se cumple; las acciones institucionales son muy limitadas, dispersas e incluso contradictorias y tienden a la evaluación del daño; la actuación de las empresas se orienta más hacia la disminución del pago de primas de seguro que al mejoramiento de las condiciones laborales y a la vigilancia de la salud de los trabajadores; las disposiciones legales de carácter preventivo no tienen un seguimiento en las acciones de inspección de instituciones como los ministerios de trabajo.

El modelo neoliberal tiende a manifestarse en una práctica y en una respuesta sanitaria, asistencial y de seguridad social más ineficiente para los trabajadores y sus familias. Así, paulatinamente se están privatizando las prácticas asistenciales (léase, se están volviendo inaccesibles para el grueso de la población trabajadora), lo que genera una menor capacidad de atención médica y tratamiento, reducción o supresión de las prestaciones (salario indirecto y salario social) que se manifiesta en una falta de reconocimiento de incapacidades (temporales y permanentes), invalideces, pensiones por cesantía, vejez o muerte, debido a problemas relacionados con el trabajo. En síntesis, menor respuesta social a las condiciones adversas y nocivas de trabajo y a las condiciones de salud consecuencia de aquéllas.

Es indispensable modificar las políticas de las instituciones públicas y empresariales para que se reconozcan los problemas de salud de la población trabajadora, y se puedan dar alternativas para mejorar las condiciones de trabajo que los provocan.

REFERENCIAS

- ACEVEDO, D (2002). "El trabajo y la salud laboral de las mujeres de Venezuela. Una visión de género". Universidad de Carabobo, Venezuela.
- ARROYO, A (2004). "El México de Fox y el TLCAN. La dura realidad del pueblo mexicano contrasta con el optimismo de su Presidente". [Disponible] www.rmalc.org.mx/documentos/fox-tlcan.htm
- BENERÍA, L (1999). "Mercados globales, género y el hombre de Davos". Revista Ventana 10. Universidad de Guadalajara. México.
- CASTAÑEDA, N (2004). "Desmitificar el Tratado de Libre Comercio de América del Norte como instrumento de desarrollo social y económico". [Disponible] www.actualidadeconomica-peru-.com/pdf/datos/dat_jun_04.pdf
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2003). Pobreza y distribución del ingreso en: Panorama Social de América Latina, 2002-2003. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2209-P.
- CRUZ, C; GARDUÑO, M Y NORIEGA, M (2003). "Trabajo Remunerado, Trabajo Doméstico y Salud. Las Diferencias Cualitativas y Cuantitativas entre Mujeres y Varones". Cadernos de Saúde Pública 19(4): 1129-1138, Río de Janeiro, Brasil.
- DELCLÓS, J; BETANCOURT, O; MARQUÉS F Y TOVALÍN H (2003). "Globalización y salud laboral". Archivos de Prevención de riesgos Laborales 6(1): 4-9, Barcelona, España.
- FEO, O (2002). "Globalización y salud de los trabajadores". Salud de los Trabajadores 10(1-2): 5-15, Maracay, Venezuela.
- FRANCO, A (2002). "La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana (segunda parte)". Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; 20(2): 103-118, Medellín, Colombia.
- GARDUÑO, M (2001). "Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres". Salud de los Trabajadores 9(1): 35-43, Maracay, Venezuela.
- LÓYZAGA, O (2002). Neoliberalismo y flexibilización de los derechos laborales. UAM/Porrúa, México.
- NORIEGA, M (1995). "Realidad Latinoamericana. Paradigmas de Investigación en Salud Ocupacional". Salud de los Trabajadores. 3(1): 13-20, Maracay, Venezuela.
- NORIEGA, M (2004). "Aportes de la medicina social a la salud en el trabajo". Salud Problema (en prensa), México.
- NORIEGA, M; LAURELL, C; MARTÍNEZ, S; MÉNDEZ I; VILLEGAS, J (2000). "Interacción de las exigencias e trabajo en la generación de sufrimiento mental". Cadernos de Saúde Pública 16(4): 1011-1019, Río de Janeiro, Brasil.
- NOVICK, M (2000). "La transformación de la organización del trabajo". Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo (Enrique de la Garza, Coord.). Colmex, México; pp. 123-147.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004a). Comunicado de prensa de la OIT, 7 de diciembre de 2004 (OIT/04/54)
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004b). "Panorama Laboral 2004 América Latina y el Caribe". Lima/OIT Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1995). "Global Strategy on Occupational Health for All (The Way to Health at Work)". Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health, 11-14 de octubre de 1994, Beijing, China. Ginebra.
- ORNELAS, J (2003). "El Tratado de Libre Comercio de América del Norte y la crisis del campo mexicano". Revista de la Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Puebla. VIII (23):25-48, Puebla, México.
- SAMANIEGO, N (2000). "El caso del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)". [Disponible] www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/erm-_bar/pdf/saman.pdf
- TEZANOS, J (2001). El trabajo perdido ¿hacia una civilización postlaboral?. Biblioteca Nueva. Madrid.

7 La Floricultura y el Dilema de la Salud* Por una Flor Justa y Ecológica

Jaime Breilh, Arturo Campaña, Francisco Hidalgo, Doris Sánchez, Ma. Lourdes Larrea, Orlando Felicita, Edith Valle, Juliette Mac Aleese, Jansi Lopez, Alexis Handal, Alex Zapatta, Paola Maldonado, Jorgelina Ferrero y Stella Morel**

La Floricultura y las Contradicciones de la "Nueva Ruralidad"

La irrupción del fundamentalismo económico desde los 80s, aceleró la acumulación de capital y la transformación de las sociedades en América Latina. La radical orientación de la economía y las políticas sociales para beneficio de los grandes monopolios, junto a la desregulación o desmantelamiento jurídico de los derechos sociales-laborales y el abandono de los rezagos de un Estado protector, han agravado todas las formas de inequidad.

En ese contexto ha surgido en las áreas rurales lo que algunos han denominado la nueva ruralidad [Giaracca, 2001]: un rápido reemplazo de la agricultura ancestral, las haciendas tradicionales y las formas culturales indígenas y comunitarias, por la agresiva penetración de las agro-industrias, con sus sistemas de "revolución verde" y paquetes tecnológicos; la entrada en los campos de América Latina de la lógica de competencia productivista y el veloz crecimiento de los monocultivos de exportación, que desplazan las construcciones agrícolas comunitarias y la sabiduría de los conocimientos ancestrales de protección de la naturaleza.

* Notas preliminares basadas en primera fase de análisis de resultados de proyecto de investigación del Programa EcoSalud del CEAS realizado con auspicio del CIID del Canadá.

**Investigadores del programa EcoSalud del CEAS; ceas@ceas.med.ec

En ese contexto las relaciones sociales y culturales del campo han sufrido una transformación profunda, sólo atenuada por la lucha y resistencia de las organizaciones campesinas e indígenas que buscan frenar ese voraz proceso de monopolización de las tierras, del agua, del crédito y, sobretodo, la imposición de patrones de vida ajenos a su cultura y lógica solidarias.

La producción de flores cortadas en países como Colombia, Costa Rica, Ecuador y México constituye un nítido ejemplo de la fórmula neoliberal de la modernización agraria que hemos descrito, el cual permite ilustrar el contraste de visiones opuestas sobre el desarrollo: para unos, la agroindustria es la panacea, pues permite elevados niveles de productividad, ofrece empleo, activa negocios complementarios y trae elementos modernos a la vida rural; para muchos otros, la floricultura empresarial concentradora, constituye una vía falsa, pues tras de los incrementos de rentabilidad y los paquetes tecnológicos, no sólo que los verdaderos beneficiarios son las empresas transnacionales y grandes exportadores, sino que se instala una grave amenaza a la sustentabilidad, local y regional, pues la oferta de trabajo y discretas remuneraciones, no implican un verdadero proceso redistributivo que revierta la concentración de la propiedad, y se logran al costo de pérdidas sociales, culturales y ecológicas muy serias.

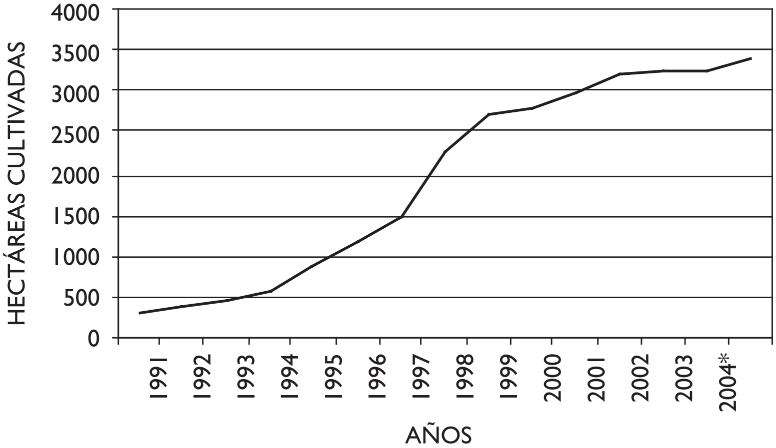
El impacto de la floricultura sobrepasa, entonces, la dimensión económica, modificando formas organizativas y culturales ancestrales de las comunidades campesinas y de las pequeñas ciudades de la región. La floricultura toma auge aprovechando la concentración poblacional en las comunidades utilizándola como mano de obra barata, como su principal ventaja competitiva. Aquello se ha dado por la debilidad de los procesos de reforma agraria y la rápida transformación, total o parcial, de haciendas tradicionales a grandes complejos florícolas.

El Programa EcoSalud impulsado por el CEAS se ha desarrollado en la Cuenca del Río Granobles (Sierra Norte) que se describirá más adelante, donde se perfilan las verdaderas características de la agro-industria de flores cortadas: en zonas de dicha región, como la de Cananvalle, la alta productividad relacionada a la superficie, dinamizó el mercado de tierras generando un alto costo de oportunidad que presionó a algunos campesinos a la venta de sus tierras, alimentando la reconcentración de la propiedad; así mismo, la oferta de empleo y los salarios promedialmente mayores atraen a los campesinos de las comunidades locales y aun a muchos de otras regiones, creándose una clara dependencia, especialmente de los estratos jóvenes, pero no cabe duda de que la conversión de campesinos tradicionales a obreros florícolas se da mediante profundos desgarramientos de la cultura solidaria rural y la adopción acrítica de valores extraños. Esa juventud se ve empujada al trabajo en flores, pues no existen políticas de apoyo a la agropecuaria pequeña, que les permitan aprovechar de mecanismos de sustentación como la lechería. La concentración de la tierra, la consiguiente concentración del usufructo del agua y la falta de acceso al crédito cierra las alternativas, y la juventud se ve obligada a vender su fuerza de trabajo en dos tipos de fincas: unas que se someten a estándares internacionales de protección básica laboral, de la salud y del medioambiente (adscritas al Programa "Flower Label Program"-FLP-), y otras, que constituyen lamentablemente más del 80%, que operan sin controles e incrementan la acumulación de capital deslindando toda responsabilidad con sus trabajadores y el ecosistema.

El Circuito Global de la Floricultura

La floricultura creció dinámicamente en los últimos 15 años. (Ver figura 1) Es globalizada no solo por

ECUADOR. SUPERFICIE CULTIVADA PARA PRODUCCIÓN DE FLORES CORTADAS PARA EXPORTACIÓN POR HECTÁREAS



Fuente: Expoflores. Elab.: M. Lourdes Larrea (CEAS)

que depende de los vaivenes del mercado mundial, porque obedece a la lógica de inversión externa, sino sobretodo porque las decisiones esenciales se adoptan fuera de la región. Esta producción es altamente dependiente de tecnologías propias de la globalización: la informática para el intercambio electrónico de datos en tiempo real, la investigación química y la investigación genética. No es en Cayambe o Tabacundo donde se decide qué producir, con quién asociarse, a quién comprar insumos y a quién vender.

El circuito de producción de la floricultura[1], tiene una etapa previa en los obtentores (Holanda, Estados Unidos); luego produce la flor en los valles interandinos ecuatorianos, en base a insumos externos en su mayoría, pero con mano de obra nacional; realiza la postproducción y embalaje en la misma finca y, finalmente, sale vía aérea, a los mercados internacionales, especialmente Estados Unidos, seguido por Europa. Son las tecnologías y lógicas de las multinacionales de agroquímicos, así como de los productores de variedades, las que determinan los ritmos y características del proceso productivo, así como de las finanzas de la empresa. Los patrones de la flor son producidos por empresas especializadas en investigación genética para lanzar cada vez mayor número y más sofisticadas variedades al mercado internacional, altamente competitivo y caprichoso[2]. Si bien las zonas receptoras de floricultura como la cuenca del Granobles, ganan en

1. Según Santos (2001) el análisis centrado en la división territorial del trabajo solamente ofrece una visión más o menos estática. Un abordaje que tome en cuenta los circuitos espaciales de producción, definidos por la circulación de bienes y productos, ofrecen una visión dinámica, de la manera en que los flujos atraviesan el territorio.

2. Los insumos operativos, casi totalmente importados, corresponden al 50% de los requeridos. Por su parte, el pago de regalías por adquisición de bulbos y esquejes y mantenimiento de plantas, llega, según algunos expertos, al 85% de los costos de cultivo. (Alvarado 2002)

modernización urbana y agrícola, pierden el control de sus producciones locales [Larrea & Maldonado, 2005].

La floricultura no obedece a un desarrollo de la agricultura tradicional, como podrían ser los lácteos, la agricultura intensiva o la industrialización de frutas, pues en su implantación no pesan tanto las características de la producción pre-existente. Los determinantes para su instalación corresponden a factores como la cantidad de luz por día y a lo largo del año, el acceso a tierras con crédito relativamente fácil, la disponibilidad de mano de obra abundante y barata, la presencia de abundante agua en el terreno, la disponibilidad de servicios de comunicación (energía eléctrica, telefonía, internet, cable, etc) y, en buena medida, la cercanía a los mercados, a través de carreteras y del aeropuerto. Esto indica que es altamente dependiente de redes públicas de infraestructura moderna.

La capacidad instalada de producción está repartida en muchos grupos empresariales, desde grupos familiares, hasta holdings internacionales, sucursales de empresas multinacionales, que tienden a una integración vertical. Un signo del desarrollo capitalista de esta rama es su altísima rentabilidad, en un número relativamente alto (más de 300) fincas de apenas 10-15 has en promedio, pero fuertemente intensivas en inversión, uso de insumos y mano de obra. Las empresas medianas o grandes tienen su propia topología dispersa en el territorio: fincas en diversas regiones, oficinas administrativas y comercializadoras en Quito o Cuenca, flotas de camiones propios y hasta instalaciones frigoríficas en el aeropuerto. No ha logrado la resolución – individual ni como gremio- del nudo crítico del transporte de carga aérea hacia los mercados de destino. Éste último constituye uno de los más altos rubros en el precio de costo[3]. [Alvarado, 2002]. Tampoco ha sido exitosa en políticas de investigación productiva y propiedad intelectual, para enfrentar el alto pago a los obtentores. Se señala también el alto costo del dinero a partir de la dolarización. [Alvear, 2000].

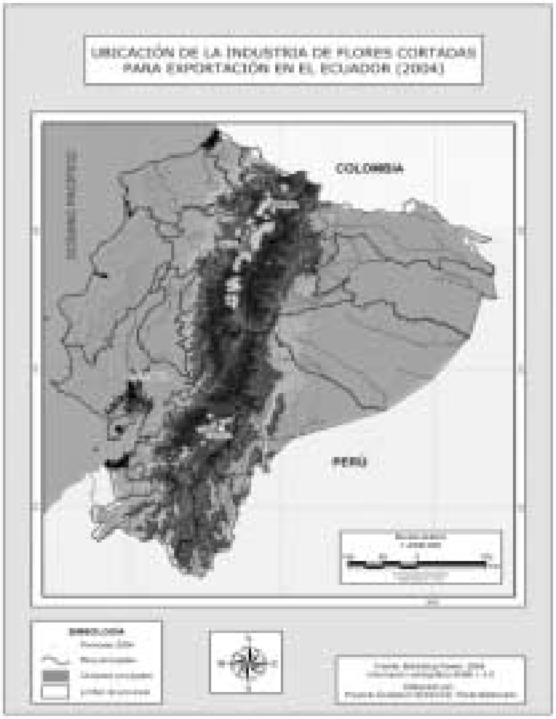
Por otra parte, el circuito espacial florícola, en su alto dinamismo, requiere numerosos y variados insumos y servicios conexos (embalajes, equipos de protección industrial, industria textil y de calzado, industria gráfica y de papel, servicios alimenticios, producción y conocimientos informáticos (hardware y software), personal especializado en levantamiento y reparación de invernaderos y maquinaria diversa). La localización de las fincas influye decisivamente en el crecimiento demográfico.

El eje de localización de las fincas en el territorio nacional y por ende, el eje de flujos principal, sigue el trazado de las principales vías (Panamericana y otras de primer orden), concentrada en los valles interandinos, entre los 2600 a 2900 msnm, en 8 provincias, como se observa en el mapa (página siguiente).

Se constata que la floricultura se presenta como un archipiélago de áreas con una fuerte densidad técnica –propia de la globalización-, entre un mar de baja densidad tecnológica, las zonas agrícolas y campesinas tradicionales [Larrea & Maldonado, 2005].

Los trabajadores/as son en su mayoría jóvenes, con vitalidad y capacidad de adaptación a las exigencias de sobretiempos, rendimientos, alta productividad, ritmos exigentes; con niveles de instrucción básicos que permitan su entrenamiento en finca, y, bajo grado de involucramiento en la organización campesina-indígena y/o sindical. Para asumir los modos de vida obreros deben modificar sus patrones culturales. Si bien su salida del círculo de la comunidad campesina o aun del

3. Según Alvarado (2002) el transporte corresponde entre el 19% al 37% del precio final del producto. El costo del manejo y ventas (brokers, wholesalers, customers y retailers) en destino representa alrededor del 32%.


UBICACIÓN DE LA INDUSTRIA DE FLORES CORTADAS
PARA EXPORTACIÓN EN EL ECUADOR (2004)
COLOMBIA
PERÚ

de la cultura indígena implica un grado de libertad personal y la autonomía relativa de un salario o ingreso monetario, en cambio conlleva el sometimiento a la nueva atadura de un patrón de trabajo proletario muy duro. En el caso de las jóvenes trabajadoras implica una cierta ruptura respecto a las relaciones patriarcales de la comunidad tradicional para caer en el sometimiento a las intensas demandas de productividad de las empresas.

Flores Perfectas y Vida Amenazada: El Agua y los Suelos

Los consumidores del llamado "Primer Mundo" demandan "flores perfectas"-sin manchas en pétalos y follaje-, pero ese valor simbólico se logra por medio del control de plagas y enfermedades que afectan las flores, que si bien podría alcanzarse mediante sistemas de manejo integral, sin empleo de químicos o con una sustancial reducción de los mismos, lamentablemente la mayoría de empresas (que no participan en el programa FLP) recurren al uso irresponsable de plaguicidas y otros agro-tóxicos peligrosos, pues su lógica lucrativa y la propaganda de las empresas de agroquímicos termina sometiéndoles al uso masivo de productos químicos y a la cultura de la revolución verde. De ese modo, esa mayoría de empresas de flores que no trabajan bien, contribuyen a la contaminación en los valles. Por su lado, los pequeños agricultores de las tierras altas, forzados por sus carencias económicas y técnicas también recurren al control químico en sus cultivos, especialmente papas y pastos, con el agravante de que muchas veces se trata de químicos baratos de alta peligrosidad –etiqueta roja y amarilla- (ver tabla Nº1).

TABLA Nº 1 QUÍMICOS USADOS EN FLORES Y CULTIVOS

QUÍMICO	GRUPO QUÍMICO	USO	NIVEL DE TOXICIDAD
Fosetil aluminio	Fosfato	Flores - Papas	Azul
Hidrocloruro de propamocarb	Carbamato	Flores *	Verde
Mancozeb	Acetamida	Flores - Papas	Amarillo
Methiocarb	Carbamato	Flores *	Amarillo
Metomil	Carbamato	Flores *	Rojo
Carbofuran	Carbamato	Flores- Papas	Rojo
Diazimon	Organofosforado	Flores *	Amarillo
Demeton – S – metil	Organofosforado	Papas *	Rojo
Malathion	Organofosforado	Papas e otros *	Azul
Metamidefos	Organofosforado	Papas – Flores	Rojo
Tiociclamhidrogenoxalato	Nerehistoxina	Flores *	Amarillo
Bromuro de metilo	Bromuro de metilo	Flores *	Rojo

El CEAS diseñó un sistema de muestreo[4] para diferenciar esos impactos, obteniendo resultados cuyo análisis preliminar arroja coclusiones muy preocupantes [Sánchez & Mac Aleese, 2005].

Impacto en los Sistemas Hídricos

Fueron estudiados los sistemas vinculados a las zonas de La Chimba y Pesillo (zona productora de papas y ganadería) y las de San Pablito de Agualongo y Cananvalle (zona de colección de efluentes florícolas). Las aguas de los sistemas hídricos correspondientes y los sedimentos de los cauces respectivos se encuentran contaminados de residuos químicos en una proporción relativa a su proximidad a las fuentes de contaminación: menor en los sectores más altos de las vertientes, moderada en las zonas de producción de papas, pastos y cebada y de mayor grado en el valle florícola agro-industrial. (ver tabla Nº 2, página siguiente).

La investigación de residuos agro-químicos hidrosolubles de alta persistencia en la Cuenca arroja entonces resultados graves. La contaminación por residuos hidro-solubles persistentes se ratifica sobre todo en épocas de menor caudal o dilución (julio-agosto) y de mayor producción y uso agrícola de químicos (noviembre - diciembre). Cuando observamos en la tabla Nº 2 comprobamos la alta concentración de residuos en los efluentes de la finca de flores (T1) o en los ramales de sistema hídrico del valle (P2 y P3) en Diciembre –mes en que se trabaja intensamente en la producción de "valentín"-. Se evidencia así la diseminación de contaminantes que ocasionan las fincas que carecen de controles (que no forman parte del programa FLP), como consecuencia de su lógica productivista. Pero no cabe duda de que también los pequeños productores de papas y ganadería (pastos), provocan polución por arrastre de los residuos superficiales que no filtrado al suelo (CH1 y CH2) (tabla Nº 2). A la presencia de residuos detectables en agua se añade la de metales pesados (cromo, manganeso, y zinc) que son también componentes residuales en niveles correlativos al uso de los plaguicidas de los que forman parte. Y el deterioro general de calidad de agua con niveles de presencia de nitrógeno, azufre, y fósforo provenientes de fertilizantes y plaguicidas en alto grado desprendidos de los agroquímicos. En otras palabras el agua de los sistemas hídricos de la cuenca florícola, denota una grave afectación de sus propiedades físicos-químicas, y biológicas y la presencia de elementos y residuos tóxicos cuyas consecuencias en la salud humana también empezamos a evidenciar.

Con el fin de fortalecer la capacidad comunitaria de detección temprana de contaminación química del agua y su impacto sobre organismos vivos, el CEAS lleva adelante un programa experimental para el perfeccionamiento de los bioensayos originalmente concebidos por un equipo internacional bajo auspicio del CIID (Canadá)[5]. Los primeros resultados de los bioensayos muestran la esperada gradiente en la inhibición del crecimiento de las raíces de cebolla (Allium cepa L.) entre las zonas altas (papas y pastos con apenas 16% al 21% de inhibición) y las muestras de zona de flores (con 46% al 72% de inhibición) [Felicita, 2005].

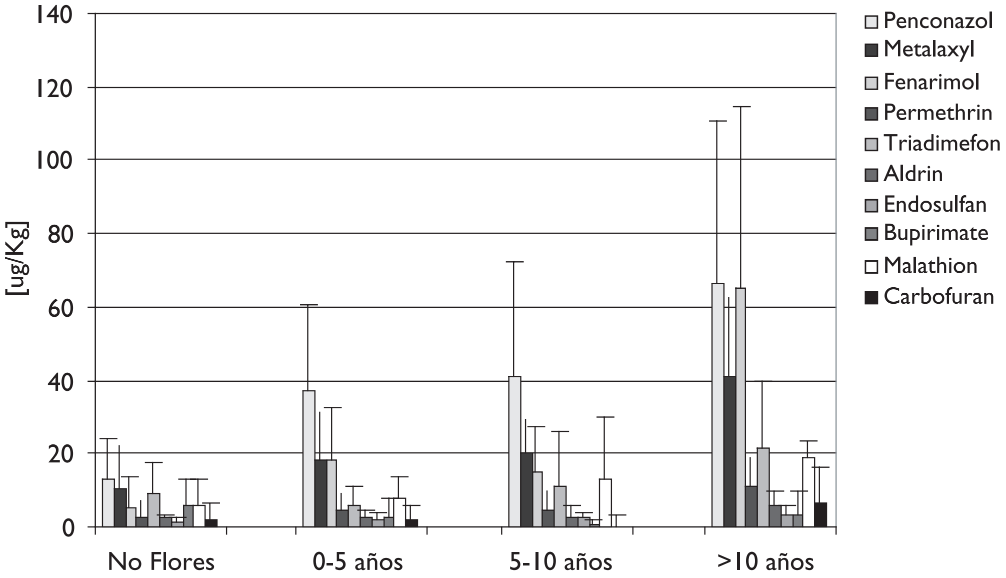
También se encontraron evidencias de contaminación por químicos liposolubles en la leche vacuna

4. Puntos de muestreo para estudio de residuos en agua mediante técnica de cromatografía de líquidos y de gases; se explican en tabla Nº 2.
5. El Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá auspicio un estudio internacional para implementar bioensayos de fácil operación que midieran el impacto de la contaminación química del agua sobre los cuatro sistemas bióticos (i.e cebolla/lechuga, pulguillas de agua, algas). Se sistematizan en Dutka, BJ (1996) Bioessays: A Historical Summary of Those Used and developer in Our Laboratories at NWRI. National Water Research Institute, Environmente Canada, Burlington.

TABLA Nº 2 ZONAS DE ESTUDIO: CONTAMINACIÓN DIFERENCIAL EN LA REGIÓN PRODUCTORA DE FLORES			
COD. ZONA	NOMBRE	UBICACIÓN CARACTERIZACIÓN	CONTAMINANTES QUIMICOS E MPACTOS ENCONTRADOS(*) (**)
CH1	Chahuancorral Alto	De altura, próximo a vertientes	Agua: ORG. FOSF/CLOR : Betaendosulfan y Sulfato de Endosulfan (trazas) FIS/QUIM/BIOL: pH bajo;sulfuros; nitritos; alta c. bact y DBO5 alto. Sedimentos: CARB:3 Hidroxicarbofurán (trazas Agost.); ORG.FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas Agost.)
CH2	Chahuancorral Bajo	Luego cultivo de papas, pastos, otros	Agua: ORG. FOSF/CLOR :Sulfato de Endosulfan (trazas Feb.) FIS/QUIM/BIOL: pH bajo; sulfuros, nitritos, nitratos; c. bacte y DBO5 alto Sedimentos: CARB:3 Hidroxicarbofurán (trazas Agost.); ORG.FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas Feb.)
AY1	Ayora Puluví	Luego población y antes de flores (Norte bajo)	Agua: ORG. FOSF/CLOR :Betaendosulfán (trazas Feb) FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, con bact y DBO5 alta, dureza Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR:Betaendosulfán (trazas Agost.); ppDDT (trazas Dic.)
AY2	Ayora Granobles	Luego población, después de flores (Norte Bajo)	Agua: CARB: Carbofurán (Alta Dic. 0.08 y Feb. 7.1); Metomil (Alta Dic. 1.53 y 18.2 Feb.) ORG. FOSF/CLOR: Cadusafos (Agosto 7.59 y Feb 0.66); Dimetoato (trazas Feb); Clorpirifos (trazas Feb.); Betaendosulfan (0.28 Dic. y Tiabendazole (trazas Agost.) FIS/QUIM/BIOL: sulfatos, nitritos, nitratos, dureza, muy alta c bact y DBO5 Sedimentos: CARB:Trazas de 3 Hidroxicarbofurán (trazas Agost.); ORG.FOSF/CLOR: Cadusafos (trazas Feb.) y ppDDT (trazas Dic.)
P1	Pisque Balneario	Centro, luego de confluencia R.Guachalá y Granobles trayecto de oxigenación	Agua: FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, dureza, alta c bact y DBO5 Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: ppDDT (trazas Dic.)
P2	Pisque "Hueco"	En cañada y descargas de florícolas (a 7 km de P1de Cayambe, Sur).	Agua: ORG. FOSF/CLOR :Betaendosulfan y Sulfato de Endosulfan (trazas Dic.) FIS/QUIM/BIOL: nitritos, nitratos, dureza, alta c bact y DBO5 Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: Betaendosulfán (trazas Agost.)
P3	Pisque "Puente"	Salida de la Cuenca	Agua: CARB:Carbofurán (1.5 Agost.); ORG. FOSF/CLOR : Betaendosulfan (trazas en Dic.) FIS/QUIM/BIOL: sulfatos, nitritos, nitratos, dureza, muy alta c bact y DBO5 Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: Betaendosulfan (trazas en Agost.)
T1	Florícola T	Efluente de florícola (Cananvalle)	Agua: CARB: Carbofurán (23.1 en Dic.);Metomil (3.8 Dic. y 1.2 Feb.). Oxamil (4 en Feb.): ORG. FOSF/CLOR : Diazinon (trazas Feb.); Clorotalonil 0.99 en Dic);Alfaendosulfán (0.09 en Dic.); Betaendosulfan (0.35 en Dic.); y Sulfato de Endosulfan (trazas en Dic.). FIS/QUIM/BIOL:DQO muy alto; bajo O disuelto, sulfatos, sulfuros, nitritos y nitratos altos, cloruros, dureza, c bact y DBO5 altos Sedimentos: ORG.FOSF/CLOR: Dimetoato (trazas Feb.);Alfaendosulkfán (0.09 en Dic.); Betaendosulfán (78.76 en Dic.); y Sulfato de Endosulfán (trazas Feb.)

(*) CARB= Carbamatos; ORG.FOS/CLOR:= Organofosforados y organoclorados; MET PES= Metales pesados FIS/QUIM0= Parámtros físico-quiímicos
(**) Se indican los tipos y nombres de químicos encontrados, sea trazas o en concentraciones mayores, sea en agua (_g/L) o en sedimentos (_g/kg.)
Fuente: EcoSalud (CEAS), 2004; Laboratorio Comisión Ecuatoriana de Energía Atómica

FIGURA Nº 3 RESIDUOS QUÍMICOS EN SUELOS POR TIPOS FINCAS CONCENTRACIONES - µG KG -1



Fuente: Aguirre (2004)

(bio-acumulación); así, la preocupante constatación de trazas de residuos de un químico clorado de alta peligrosidad como el ppDDT, en los distintos puntos de muestreo del mes de Diciembre, son un elemento de alerta que merecerá una continuidad de estudio por parte de CEAS.

Si bien la floricultura no es la única fuente de contaminación, las evidencias que empezamos a recoger demuestran que es la de mayor envergadura y extensión. Pero además, la contaminación de residuos peligrosos en agua no es la única vía de impacto en el ecosistema, pues nuestro estudio demuestra que el sistema productivo empleado en las flores contamina los suelos. La acumulación de residuos en los sedimentos es mayor efectivamente que en el agua en la mayoría de puntos (tabla Nº 2). En los suelos de las fincas, la acumulación de residuos en suelos (estudiados por extracción de fase –"solid phase extraction" SPE- y analizados por cromatografia de gases), es mayor conforme pasa el tiempo de uso de productivo de esos suelos (ver figura Nº 3) [Aguirre, 2004].

Tal proceso desencadena la degradación de los suelos, provocando su pérdida de biodiversidad, con grave alteración de su comunidad de composición, disminución de tasa metabólica, desestabilización y esterilización. Un efecto prolongado que no se compensa con las operaciones de elevación artificial del indicador convencional de composición orgánica [Aguirre, 2004].

Otra consecuencia grave para el ecosistema es el problema de demanda de agua para tener una idea de la magnitud de la misma basta contrastar el consumo productivo de agua por los pequeños agricultores de

la zona (apenas mil litros /mes/ hectárea en producción campesina), o el de las haciendas tradicionales (diecisiete mil a veinte mil litros /mes / hectárea en producción agrícola ganadera), con la enorme demanda de agua de las fincas de flores (novecientos mil a un millón de litros / mes/ hectárea de producción de flores por mes) [Sánchez & Mac Aleese, 2005].

En suma, nuestro estudio ofrece evidencias del severo impacto de actual sistema floricultor y exige reflexionar acerca de si este tipo de sistema productivo es sustentable, si debe continuarse con el mismo, sin comprometer seriamente el futuro del ecosistema.

Obreros(as) Ex-Campesinos(as) Venden Caro Su "Progreso": El Impacto en la Salud

La imposición de una estructura productiva centrada en la lógica empresarial, ha determinado profundos cambios de los patrones de vida de las comunidades y trabajadores agrícolas, estableciéndose en los modos de vida de las poblaciones un contraste entre la positiva oferta de empleo con salario discretamente mejor que el ingreso promedio que proporciona la economía campesina pobre de la zona, pero generando, en cambio, patrones de vida dañinos para la salud y la exposición a residuos químicos peligrosos.

Nuestro estudio revela que el 31% del total de las familias de la zona estudiada[6], tiene al menos un miembro que trabaja en flores como principal y/o segundo responsable económico. Un 24% de los responsables económicos de las comunidades menos ligadas de todas maneras trabaja en flores, y hasta 52% en las más ligadas [Handal, 2005]. En la comunidad de Cananvalle incluyendo los segundos responsables este porcentaje asciende al 67 % del total de la población censada [Ferrero & Morel, 2005]. Es decir, una proporción importante de los pobladores tiene su modo de vida definido, directa o indirectamente, por el sistema floricultor. El proceso mismo de producción de las flores se encuentra atravesado por una lógica de acumulación de capital y máxima rentabilidad y extracción de plusvalor, que se logran por mecanismos serializados, de un trabajo intensivo, de ritmo alto, rutinario, de producción masiva, con mínimos periodos y días de descanso (especialmente en las fases de cosecha y postcosecha), especialmente en los ciclos de mayor demanda de flores (meses de producción para Valentín Noviembre a Enero), todo lo cual opera en el condicionamiento de los perfiles de exposición laboral a químicos y otros peligros. Así por ejemplo, mientras en las comunidades con más trabajo en flores, entre el 60% y 75% de las mujeres embarazadas usaron plaguicidas, en las menos ligadas apenas un 17% lo hizo y mientras en aquellas el 40% de los hijos están en contacto con la ropa de trabajo de la madre, en las últimas sólo el 18% [Handal, 2005].

La organización del trabajo en las distintas áreas de las fincas es diferente. Los tipos de tareas, horarios, tipos de herramientas o máquinas que se emplean, distribución de las jornadas varían entre las secciones y se asocian también a las practicas cotidianas de los obreros. De modo general, los ritmos de producción de flores cortadas son intensos y permiten un mínimo control del trabajador sobre el proceso productivo. Jornadas de trabajo extenuantes y estresantes de altas exigencias; que dejan tiempos mínimos para el descanso diario y periódico. Las tareas, según las áreas, imponen procesos dañinos de cinco tipos[7]. Destacan pro-

6. Las comunidades que formaron parte de la muestra: "La Chimba", "Pesillo", "Agualongo" y "Cananvalle", en las cuales se estudiaron 388 familias.

7. Su clasificación y explicación se explica en Breilh (2003) CDROM "SaludFlor": PDI: procesos físicos derivados de la condición de los medios; PDIIa: procesos emanados de la transformación de materia prima; PDIIb: Procesos de contaminación biológica; PDIII: procesos derivados de la exigencia física laboral; PDIV: proceso derivados de la organización del trabajo; PDV: instalaciones y equipos peligrosos.

blemas como la sobrecarga física dinámica, combinada en algunas secciones con sobrecarga estática (como en poscosecha); movimientos repetitivos; fluctuaciones térmicas; exposición al ruido; irritantes respiratorios; irritación dérmica e infecciones micóticas de la piel; y sobretodo la exposición a agro-químicos -eventualmente aguda y generalmente crónica y de baja intensidad- por el uso indebido de sustancias de peligrosidad alta (productos de franja roja y amarilla), ocasionado por la ausencia de sistemas de manejo alternativo e integral de plagas, la debilidad o ausencia de mecanismos de protección (deficiencias de equipo; implementación incorrecta de turnos y modos de fumigación). Tales problemas se amplifican en las fincas no sujetas a los controles del programa FLP[8].

La nueva ruralidad ha provocado especiales sobrecargas y problemas a las mujeres, no sólo por lo que se ha llamado la "feminización de la pobreza" sino por que con la transformación de la mujer campesina en obrera con lo que a las viejas relaciones de dependencia patriarcal han reemplazado las relaciones de subsunción al trabajo industrial y los impactos del desgarramiento de la cultura comunitaria [López, 2004].

El CEAS ha diseñado un modelo de interpretación epidemiológica basado en una matriz de procesos críticos que relaciona las relaciones de producción generales de la floricultura, con los modos de vida típicos de los/as obreros/as de flores y los procesos específicos de impacto en los organismos de las personas y en su salud mental [Breilh, 2004]. Para detección de los principales impactos se diseñaron siete módulos o paquetes de pruebas[9], que cubrieron los problemas de toxicidad del sistema nervioso; impacto hepático, cardiovascular y renal; impacto en médula ósea; trastorno de la estabilidad genética; impacto en salud mental.

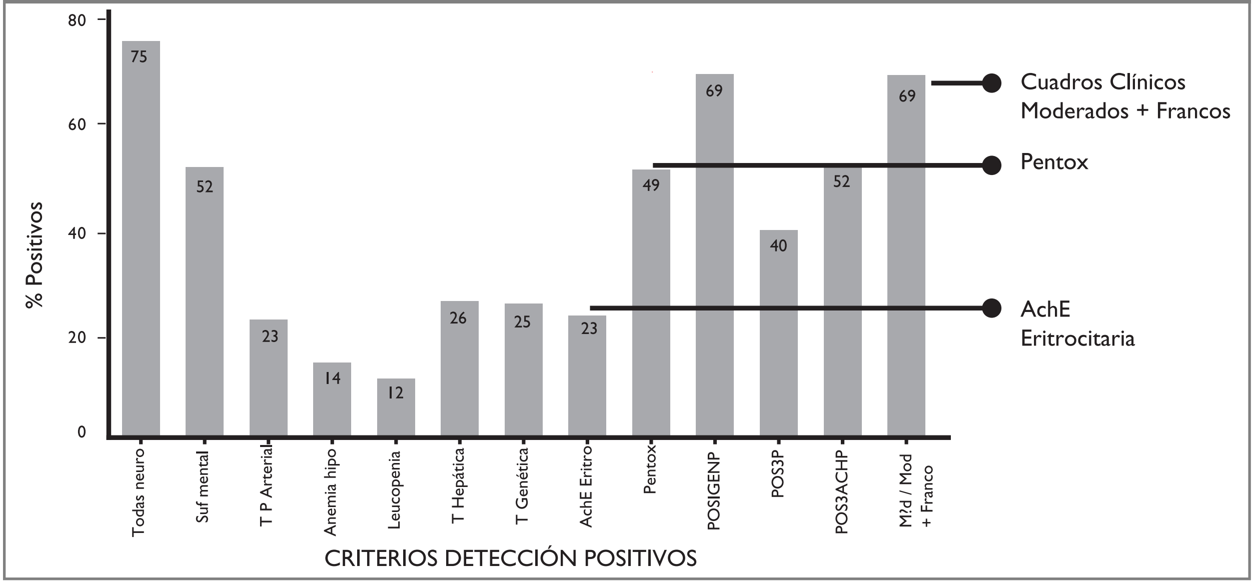
Los resultados obtenidos ponen en evidencia un alto grado de afectación de la salud humana en la población trabajadora (figura N º 4). De un análisis preliminar de las bases de datos que se están procesando, se establecen las siguientes constataciones. En primer lugar, los trabajadores de todas las secciones en las dos fincas estudiadas perciben estar expuestos a procesos peligrosos. Sobretodo en la finca sin certificación FLP casi el 60% de estos percibe la mayoría de los peligros estudiados. En segundo lugar, la calidad y cobertura de los equipos de protección de los trabajadores es limitada, sobretodo en la finca que no cumple los estándares internacionales. En tercer lugar, en todos los tipos de exámenes de salud se registraron porcentajes altos de afectación de la salud. Habrá que establecer contingencias y correlaciones con variables analíticas y de control antes de contestar la pregunta de: cuántos de estos problemas son atribuibles a la floricultura; pero de todas formas, en esta fase preliminar del análisis empiezan a insinuarse algunos hechos preocupantes: los/as trabajadores/as están muy afectados en importantes aspectos de su salud (presión arterial 52%; anemia tóxica 14% y bajos leucocitos 12%; inflamación hepática 26%; inestabilidad genética 25%; reducción de enzima de sistema neurotransmisor –acetilcolinesterasa- 23%[10]; y un 69% tuvo signos clínicos entre moderados y severos de toxicidad

8. El "Flower Label Program" (FLP) es un programa internacional basado en la implementación de pautas de derecho laboral, social, de protección humana y ecológica, impulsadas por un consorcio de sindicatos y ONGs europeas; y de las cuales está encargado en Ecuador un equipo interdisciplinario del CEAS.

9. Cuestionario general(sociocultural; de trabajo y exposición laboral); pruebas para estrés y sufrimiento mental; pruebas neurocomportamentales computarizadas –NES2-; pruebas de laboratorio (indicadoras de impacto tóxico en hígado –transaminasas-; en rinón –creatinina sérica-; en la médula ósea –hemoglobina+ferritina+transferían-; en la estabilidad genética –prueba de la cometa en linfocitos-; acetilcolinesterasa eritrocitaria; variables de control y estado nutricional.

10. La reducción de Acetilcolinesterasa, como indicador convencionalmente usado para evaluar la salud de los/as trabajadores/as no tiene la sensibilidad necesaria como lo muestran nuestras pruebas de validación concurrente.

FIGURA No 4 PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS EN TRABAJADORES DOS FINCAS, 2003 n=160 (PROYECTO ECOSALUD CEAS/CIID)



(figura N º 4). Además un 56% se encontraba en estado de estrés moderado y severo y un 43% con malnutrición (sobrepeso). Todo lo cual indica que esa fuerza laboral se halla en malas condiciones de salud. Cuando el análisis avance y tengamos datos comunitarios comparativos, podremos entender mejor cuánto de esa abultada problemática está ocasionado por la floricultura; pero si recordamos la mayor proporción de contaminación que existe en la zona florícola y las condiciones de trabajo de las fincas, podemos estimar que una parte importante de esos problemas de salud podrían ser atribuibles a una producción florícola irresponsable.

El sufrimiento mental actual en los obreros y obreras estudiados alcanza 38,8 por ciento, repartidos entre sufrimiento moderado (24,4%) y sufrimiento severo (14,4%). El índice resulta realmente alto si se considera que en una población media no debería estar por encima del 20 por ciento. El impacto de las condiciones socio laborales en dicha población obrera se complejiza aun más cuando se observa que en el estudio sobre "La autovaloración del desarrollo infantil", por ejemplo, por parte de los estudiantes del Colegio Técnico Cayambe revela, por su parte, que la gran mayoría de jóvenes encuestados (70,21%) se encasilla en la categoría de desarrollo infantil limitado. [Campaña, 2005].

Y el desarrollo neurológico de los niños que viven en las comunidades de la región floricultora también se afecta. Dicho desarrollo neuromotriz, ya afectado por aspectos del modo de vida de los niños campesinos (como el bajo ingreso, la malnutrición, las carencias maternas y paternas en su nivel educativo formal, las percepciones sobre crianza, desarrollo infantil

y estimulación) se ve también golpeado por la exposición a plaguicidas [Handal, 2005]

Hacia Una Flor Justa y Ecológica

El Programa EcoSalud y el estudio de la Cuenca del Granobles ha explorado, desde los talleres iniciales de diseño, las posibilidades de una construcción intercultural, transdisciplinaria y participativa del conocimiento, basada en un análisis de la estructura de poder que condiciona la gestión, el trabajo en flores y la vida comunitaria. La idea central ha sido realizar una investigación con sujeto múltiple del conocimiento y triangular los saberes e instrumentos del conocimiento académico y comunitario.

Una vez concluida esta primera fase de investigación se pasará a la fase de intervención e incidencia. Hasta ahora el proyecto ha construido, desde la perspectiva del interés de las comunidades valiosas herramientas: la más importante base de datos, geocodificada, de caracterización y conocimientos sobre impactos de la producción de flores en los/as trabajadores/as, comunidades, sistemas hídricos y suelos; una metodología robusta para muestro y discriminación de distintas fuentes productivas de contaminación; la validación de una batería de pruebas para estudiar impacto en la salud humana y la demostración de que el convencional examen de Aceticolinesterasa es insuficiente y tiende a enmascarar la abultada patología crónica de baja intensidad; el estado de afectación de la salud escolar y pre-escolar; avances en la implementación de laboratorios comunitarios de bioensayos; un programa de computación ("software" en CDROM) para manejo clínico y monitoreo de la salud de los/as trabajadores/as en las fincas; un riguroso sistema de verificación (lista de chequeo) para el programa FLP; el inicio de una campaña en los Estados Unidos para impulsar el apoyo de los consumidores de flores para presionar por flores justas y ecológicas.

Todo este esfuerzo deberá proyectarse en la fase de incidencia de los próximos años para fortalecer la organización, la conciencia y la capacidad de demanda de las comunidades; la transformación jurídica municipal y nacional sobre manejo sustentable de la floricultura; la organización de un sistema de monitoreo comunitario, municipal y general sobre la floricultura; la construcción de propuestas alternativas sobre una floricultura no-monopólica, centrada en la ventaja de las comunidades y trabajadores; la actualización de los programas de estudio en varios niveles sobre salud del ecosistema de flores cortadas; el fortalecimiento de una campaña internacional de "flor justa y ecológica".

La belleza de las flores ecuatorianas deberá acompañarse de la lucha para que ésta no se construya sobre la base de reproducir la pobreza y amenazar la vida y los ecosistemas.

REFERENCIAS

- AGUIRRE, PATRICIA (2004) Effects of Pesticides on Soil Quality: The Case of Ecuadorian Floricultura. Aeche: Universitat Göttingen (D7).
- ALVARADO, SILVIA (2002). El caso del comercio exterior de la flor ecuatoriana como una alternativa para la comercialización de otros
- ALVEAR, LUCIANA (2000). "La Dolarización y el Sector Agropecuario Ecuatoriano", resultados del grupo taller Impactos de la Dolarización en el Sector Agropecuario organizado por el Proyecto SICA-MAG / Banco Mundial (Quevedo).
- BREILH, JAIME (2003). Conceptos Nuevos y Disensos Sobre la Epidemiología de la Toxicidad Por Agroquímicos en la Industria Floricultora en "SalufFlor: Sistema Clínico y Monitoreo de la Salud en Empresas Floricultoras – Programa en CDROM". Quito: Publicación del CEAS (formato multimedia)
- BREILH, JAIME (2004). Epidemiología Crítica (Ciencia Intercultural y Emancipadora). Buenos Aires: Lugar Editorial (2da reimpresión).
- CAMPAÑA, ARTURO (2005). Sufrimiento Mental y Trabajo en Floricultura en Ecuador. Quito: Programa EcoSalud CEAS/CIID.
- CORDERO, FRANCISCO (2003). Caracterizaciuón de los Plaguicidas Utilizados en la Cuenca del Granobles. Quito: Tesis de Licenciatura en Ingeniería Agronómica de la Universidad Central en asocio con el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (Programa EcoSalud CEAS/CIID).
- EXPOFLORES (2004). Estadísticas
- FELICITA, ORLANDO (2005) Montaje y Puesta en Marcha de un Laboratorio Comunitario de Bioensayos Para Evaluar la Toxicidad del Agua en la Cuenca del Rio Granobles (Canton Cayambe Y Tabacundo). Quito: Programa EcoSalud CEAS/CIID.
- FERRERO, JORGELINA & MOREL, STELLA (2005) Informe de Pasantía (Universidad de Córdova) en Programa EcoSalud CEAS
- GASSELIN, PIERRE (1999). La floriculture et les dynamiques agraires de la region agropolitaine de Quito (Equateur). Tesis doctoral. Instituto Nacional Agronómico, Paris.
- GIARACCA, NORMA (2001) Prólogo en "¿Una Nueva Ruralidad?". Buenos Aires: CLACSO.
- HANDAL, ALEXIS (2005) Plaguicidas y la Salud de Mujeres y sus Hijos: Región Floricultora del Ecuador. Ann Arbor: Estudio del Programa Doctoral en Epidemiología, Universidad de Michigan asociado con el Centro de Estudios y Asesoría en Salud ((Programa EcoSalud CEAS/CIID).
- LARREA, MA LOURDES & MALDONADO, PAOLA (2005). Circuito Espacial de Producción de la Floricultura de Exportación, Caso Ecuatoriano. Quito: Programa EcoSalud CEAS/CIID.
- LÓPEZ, JANSI (2004) Gender and Floriculture: A Study of Ecuador's Cayambe-Tabacundo Region. San Diego: Masters of Arts Degree, Thesis in Latin American Studies, University of Califórnia, associated with the Center for Health Research and Advisory (CEAS) EcoHealth Program (CEAS/IDRC).
- SÁNCHEZ, DORIS & MAC ALEESE (2005) La Dinámica de Plaguicidas y los Sistemas Hídricos en la Cuenca del Granobles. Quito: Programa EcoSalud CEAS/CIID.
- SANTOS, MILTON; SILVEIRA, M. LAURA (2001). O Brasil: territorio e sociedade no inicio do século XXI. Rio de Janeiro, Record.

8 El Trabajo Infantil Peligroso en América Latina

Walter Varillas

Una de las más extremas expresiones de la globalización inhumana es la situación de los niños que trabajan. Esta Globalización inhumana, junto a las políticas egoístas de las clases dominantes en nuestros países, son las principales causas de la pobreza. Y la pobreza, junto a factores culturales, y de limitadas políticas públicas de promoción y defensa de la niñez, son identificadas como las principales causas del trabajo infantil. Pero, como veremos, casi la mitad de estos menores trabaja en condiciones que pueden afectar seriamente su desarrollo normal, su salud, su seguridad y su vida misma, cerrando un terrible círculo vicioso de pobreza. En estas líneas nos ocuparemos brevemente de este tema.

La magnitud del trabajo infantil peligroso

De acuerdo al Informe Global "Un futuro sin trabajo infantil", publicado por la OIT en mayo del 2002, para el año 2000 aproximadamente 351.7 millones de niños entre 5 y 17 años realizaban algún tipo de actividad económica. De este grupo, 170.5 millones (48.5%) realizaban algún tipo de trabajo considerado peligroso[1].

1. La OIT define como trabajo infantil peligroso aquella actividad desarrollada por las personas menores de 18 años y que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

CUADRO 1. NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y TRABAJOS PELIGROSOS EN EL MUNDO. POR GRUPOS DE EDAD			
	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 17 AÑOS	TOTAL
Niños económicamente activos	210.800.000 (100.0 %)	140.900.000 (100.0 %)	351.700.000 (100.0%)
Niños que realizan trabajos peligrosos	111.300.000 (52.8%)	59.200.000 (42%)	170.500.000 (48.5%)

Elaboración en base a: OIT (2002) Pág. 20.

CUADRO 2. ESTIMADO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO INFANTIL EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA.			
ACTIVIDADES ECONÓMICAS	NIÑOS %	NIÑAS %	TOTAL %
Agricultura, caza, silvicultura, pesca	68.8	75.3	70.4
Manufactura	9.4	7.9	8.3
Comercio	10.4	5.1	8.3
Servicios comunitarios, sociales y personales	4.7	8.9	6.5
Transporte, almacenamiento, comunicaciones	3.8	-	3.8
Construcción	2.0	1.9	1.9
Minas y canteras	1.0	0.9	0.8
Total	100.0	100.0	100.0

Elaboración en base a: OIT (2002). Pág. 25.

Las cifras de este informe muestran la magnitud del problema del trabajo infantil peligroso, que representa el 11% del total de la población infantil comprendida entre los 5 y los 17 años a nivel mundial. De manera gráfica podríamos decir que de cada 10 niños que hay en el mundo 2 realizan actividades económicas y uno de ellos lo hace en trabajos peligrosos. También podría decirse que de cada dos niños que realizan actividades económicas, uno de ellos labora en trabajos peligrosos.

En el caso de los llamados países en desarrollo, el trabajo infantil se da principalmente en la actividad agrícola rural, de manera secundaria en la manufactura, comercio, servicios, particularmente en las formas de economía informal. Es mayor el trabajo de los niños que el de las niñas, conforme avanza la edad.

Prestar atención al trabajo infantil peligroso

El trabajo infantil peligroso no sólo es un problema relevante por su magnitud, sino además por su gravedad. El citado Informe Global, hace referencia a la

necesidad de intervenciones de largo plazo para la reducción de la pobreza y para promover un crecimiento económico sostenido, además de intervenciones en los mismos lugares donde se origina el problema, donde está la pobreza que crea las peores formas de trabajo infantil y donde las peores formas de trabajo infantil dan origen a la pobreza.

A pesar de los avances realizados resulta difícil definir el trabajo infantil peligroso como una categoría específica de trabajo dentro del grupo de las peores formas de trabajo infantil. Al respecto, el informe de la OIT señala lo siguiente:

"Así pues, no siempre es fácil trazar los límites del trabajo peligroso, sobre todo cuando el daño que se está haciendo a los niños no es perceptible a corto plazo. El trabajo peligroso está ya señalado en el Convenio Nº 138, como el trabajo que requería una edad mínima para la admisión de 18 años… Su identificación como una de las peores formas de trabajo infantil da una nueva urgencia a la acción dirigida a eliminarlo" [OIT, 2002].

En este documento se menciona que el trabajo puede perjudicar al niño por la tarea en sí que hay que realizar, por los instrumentos que se utilizan, por los horarios o condiciones de trabajo. También puede haber otros factores que afecten el desarrollo físico, mental, emocional, psicológico, moral o espiritual de los menores.

Los menores de 18 años corren riesgos de salud y seguridad superiores a los de los adultos, por su proceso de crecimiento y desarrollo, son más susceptibles a los riesgos laborales y pueden ser afectados de manera irreversible, como sustenta [Forastieri, 1997]. *"Tensiones físicas crónicas sobre huesos y articulaciones en crecimiento pueden impedir el desarrollo de los mismos, causar lesiones medulares y otras deformaciones definitivas"* (OIT, 2002). Estos riesgos son acentuados por el estado de desnutrición, agotamiento precoz, menor madurez que el adulto, máquinas y herramientas no adaptadas a sus características. Muchos riesgos no son observables a simple vista por sus efectos tardíos, como el caso de los efectos nocivos de los plaguicidas o el golpe de calor en la agricultura.

La OIT reconoce la necesidad de aprender más sobre los efectos a corto y largo plazo de los distintos tipos de trabajo de niñas y niños de diversas edades y estados de salud. *"Es necesario adquirir esos conocimientos para poder decidir qué tipos de trabajo han de prohibirse a los niños menores de 18 años y para planificar la adecuada rehabilitación de los niños que hayan sido retirados de trabajos peligrosos".*

Pese a no haber datos completos sobre las lesiones y enfermedades que causa el trabajo infantil, podemos observar algunas cifras [OIT, 2002]:

- En Estados Unidos: la tasa de lesiones por hora de trabajo en el caso de los niños y adolescentes casi duplica a la de los adultos. En el período 1992-1998, la tasa de mortalidad de trabajadores jóvenes alcanzó su máximo en la agricultura, la silvicultura y la pesca, seguidas por el comercio al detalle y la construcción.

- En una encuesta realizada en Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia en 1997-1998, se observaron tasas de lesiones entre el 3 y 9 por ciento en los niños que trabajan antes o después de la escuela. En Dinamarca se observaron mayores tasas de accidentes de niños en la agricultura, que en otros sectores.

- En un estudio de OIT realizado en 1997 en algunos países en desarrollo, se observaban las siguientes tasas medias de enfermedades y lesiones entre niños: 25.6% en la construcción, 18.1% en transporte, almacenamiento, comunicaciones, 15.9% en minería y cantería, siendo notable que las tasas sean mayores en niñas, con excepción de transporte.

Algunas explicaciones sobre el mayor riesgo de los menores a accidentes y enfermedades ocupacionales

[Forastieri, 1997; Hiba, 2002] sistematizan las siguientes condiciones particulares de susceptibilidad frente a los riesgos, de los niños respecto a los adultos:

- Inmadurez de órganos y tejidos.
- Más alto consumo metabólico y de oxígeno.
- Mayores necesidades de energía.
- Resistencia física más baja.
- Resistencia más baja a cambios de temperatura.
- Menor destreza manual para operar herramientas.
- Alta capacidad de absorción.
- Alta vulnerabilidad psicológica.

Mencionan que esto puede ser agravado por efectos a largo plazo de la desnutrición, enfermedades del trabajo y contagiosas adquiridas por los niños en trabajos peligrosos, con las siguientes consecuencias: fatiga crónica, agotamiento físico y estrés mental, reducción de la capacidad física para trabajar en la adultez, crecimiento retardado, capacidad auditiva dañada, deterioro neurológico, daños y discapacidades.

Agregan algunas condiciones que agravan la situación del trabajo infantil como:

- La deficiente información sobre los riesgos en el trabajo.
- La inexperiencia laboral y la deficiente información laboral.
- Los menores no conocen los riesgos, o conocen menos que los adultos, por lo que se exponen más.
- Por lo general no están entrenados para el trabajo que van a desarrollar, ni para tomar medidas de protección, estando expuestos de manera abierta y directa.
- No existen equipos de protección personal para menores; los que existen han sido fabricados para adultos.
- Discrepancias entre las tareas indicadas y las tareas realizadas.
- Las tareas, las herramientas, equipos y máquinas, son hechas para adultos, no están diseñadas ni pensadas para los menores.
- Exposición a agentes físicos y biológicos peligrosos.
- Exposición a productos químicos tóxicos.
- Ambiente psíquico y social inadecuado.
- Condiciones higiénicas pobres.
- Limitado acceso a los servicios médicos.
- Desgaste e incapacidad prematura, lesiones corporales y accidentes mortales.
- Los niños son sensibles a seguir actitudes, atavismos o comportamientos de riesgo de los adultos.
- Los menores desean "destacar", para demostrar que son "iguales" o capaces como los adultos, no midiendo el mayor riesgo que podría causarles esta actitud.

[Piedrahita, 2002], indica que la mayoría de la información acerca de los efectos en la salud de los niños trabajadores se halla referida a los accidentes ocupacionales; sin embargo, las enfermedades profesionales pueden también ser consecuencia de la exposición a diferentes agentes físicos y químicos.

Una máxima de pediatría dice que "los niños no son adultos pequeños". De acuerdo al National Research Council, USA 1993, los sistemas biológicos de los niños y jóvenes no son maduros hasta la edad de 18 años; muchas diferencias en anatomía, fisiología y psicología distinguen a los niños de los adultos, y los exponen a riesgos especiales en el trabajo. Puede explicarse, entonces, el mayor riesgo al que se ven expuestos los menores trabajadores, por las características especiales de su desarrollo psicobiológico. Al respecto, pueden hacerse algunas precisiones:

- **Estatura:** Los jóvenos varían ampliamente en estatura. Una falta de adecuados ajustes de las máquinas puede conducir a accidentes entre trabajadores jóvenes. Costumer Products Safety Commision realizó en 1993 una investigación en el uso de máquinas cortacéspedes y encontró que la tasa de accidentes fue mayor entre los jóvenes entre 5 y los 14 años que entre los mayores. Igualmente los accidentes fueron más frecuentes cuando el niño media menos de 60 pulgadas y su peso era inferior a 125 lbs.

- **Crecimiento:** Se cree que la disminución de la coordinación de los jóvenes durante períodos de rápido crecimiento podría incrementar el riesgo de accidentes en el trabajo.

- **Requerimientos de sueño:**Los adolescentes requieren 9 horas de sueño en la noche, sin embargo se ha encontrado que estudiantes que además trabajan tiempo parcial duermen en promedio 7 horas o menos. La privación acumulativa de sueño y la fatiga entre los niños y jóvenes trabajadores puede incrementar el riesgo de accidentes de trabajo.

- **Factores de riesgo Psicológicos:** Los niños experimentan profundos cambios psicológicos mientras maduran. Sin embargo sus cuerpos se van desarrollando físicamente de manera acelerada. Esto puede conducir a que la inmadurez psicológica pueda ser oscurecida por la aparente madurez física y por lo tanto son asignados a tareas para las cuales ellos o ellas no están emocionalmente preparados. Adicionalmente los jóvenes trabajadores no tienen adecuadas experiencias para juzgar su habilidad para un trabajo determinado, conduciendo en muchas ocasiones a un mayor riesgo de accidentes en el trabajo.

Características generales del problema del trabajo infantil en América Latina.

De acuerdo al IPEC-OIT[2] y a pesar de la carencia de estudios fiables, se puede cifrar en 7.6 millones de niños de entre diez y catorce años que trabajan en América Latina. Aunque, si se considerasen las tareas domésticas, los menores de diez años, y las propias subestimaciones estadísticas, la cifra total de niños trabajadores se situaría entre dieciocho y veinte millones. Esto significa que uno de cada cinco niños está económicamente activo en América Latina.

Otros aspectos significativos son, la mayor participación de niños (60%) que de niñas (40%) y una mayor presencia en el ámbito rural (55%) que en el urbano (45%). La mayoría (el 90%) trabaja en el sector informal frente a un 10% que trabaja en el sector estructurado de la economía.

La proporción de asalariados llega a representar entre el 60-70% en las áreas urbanas y alrededor del 50% en el conjunto total de los niños trabajadores.

2. La situación del trabajo infantil en América Latina puede verse en amplitud en la página del IPEC-OIT: http://www.oit,org.pe (Trabajo Infantil). En esta parte nos basamos en esta información.

Las jornadas de trabajo, en la mayoría de los casos son superiores a los límites máximos establecidos en las legislaciones. La media es de 45 horas semanales, y aun los que van a la escuela, dedican 35 horas a la semana a diversas ocupaciones laborales. Los ingresos son también muy bajos, recibiendo ingresos menores a los adultos por trabajos similares.

Características generales del trabajo infantil peligroso en América del Sur.

Los niños que trabajan están expuestos a sufrir lesiones y enfermedades en una proporción tal que resulta muy preocupante. Por tanto, al establecer los peligros del trabajo infantil es necesario traspasar el relativamente limitado concepto de "riesgo laboral" tal como se aplica a los adultos y ampliarlo para que abarque también el desarrollo infantil. Si los niños trabajadores en general son vulnerables a los riesgos relacionados con el trabajo, los niños y las niñas muy pequeños lo son todavía más. Sumado a lo anterior, las jornadas de trabajo, en la mayoría de los casos, son superiores a las establecidas por las legislaciones nacionales.

Se ha verificado, en diferentes países, un alto nivel de ocupación infantil en ladrilleras, minas, canteras de piedra, mercados, coheterías, servicio doméstico o el sector agrícola entre otros. Los riesgos y perjuicios físicos para estos menores son evidentes: inhalaciones tóxicas, quemaduras, pérdida parcial de vista, mutilaciones, afecciones broncopulmonares, reacciones alérgicas, problemas dermatológicos o enfermedades infecto contagiosas.

ALGUNAS FORMAS DE TRABAJO INFANTIL PELIGROSO IDENTIFICADOS POR IPEC-OIT.	
Argentina	Ladrilleras, Mercados, Industria del cuero, Agricultura, Fabricación de Helados.
Bolivia	Minería, Zafra, Construcción, Trabajo callejero, Agricultura.
Brasil	Hornos de Carbón, Pedreras, Preparación del Sisal, Depósitos de Basura.
Chile	Minería, Agricultura, Trabajo callejero.
Colombia	Minería, Agricultura.
Costa Rica	Servicio doméstico, Construcción, Prostitución, Banano, Maquila, Procesamiento de mariscos
Ecuador	Floricultura, Trabajo callejero, Construcción.
El Salvador	Curiles, Maquila, Pirotecnia, Construcción, Cafetales, Prostitución, Trabajo callejero, Basura
Guatemala	Sector de la cal, Cafetales, Minería; Pirotecnia, Servicio doméstico, Maquila, Construcción, Transporte; Basura
Honduras	Industria del cuero, Panadería, Maquilas, Maderas; Metalurgia, Construcción, Ejercito, Industria fármacos, Industria química, Industria en general.
México	Cafés y Bares; Talleres mecánicos, Ladrilleras, Agricultura.
Nicaragua	Cafetales, Banano, Arroz, Tabaco, Algodón, Ganadería, Trabajo callejero.
Panamá	Trabajo callejero, Servicio doméstico, Zafra, Carga.
Paraguay	Trabajo callejero, Servicios domésticos.
Perú	Lavaderos de oro, Ladrilleras, Picapedreros, Camales, Construcción, Metalurgia, Procesamiento hoja de coca, Pirotecnia, Basura, Minería.
R.Dominicana	Agricultura, Servicio doméstico, Basura, Prostitución.

EJEMPLOS DE ALGUNOS EFECTOS DE LAS FORMAS EXTREMAS DE TRABAJO INFANTIL EN LA SEGURIDAD Y SALUD DE LOS MENORES	
SECTOR	RIESGOS PARA LA SALUD Y LA SEGURIDAD
Trabajo en ladrilleras	Accidentes y enfermedades pulmonares
Trabajo en minas	Enfermedades respiratorias, trastornos osteomusculares, accidentes de trabajo
Trabajo en canteras	Enfermedades pulmonares, accidentes.
Cohetería	Intoxicaciones, accidentes
Trabajo agrícola	Intoxicaciones agudas y crónicas, accidentes
Trabajo en mercado	Lesiones osteomusculares, accidentes

La respuesta de los países y de la OIT

La OIT, como organismo tripartito, brinda a los países dos herramientas para enfrentar el problema: el Convenio 138 establece la edad mínima de admisión al empleo, y el Convenio 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.

En este último se establece que, a efectos de dicho Convenio *"el término niño designa a toda persona menor de 18 años"* (artículo 2). Señala (artículo 3) que *"la expresión las peores formas de trabajo infantil abarca:*

a) todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;

b) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;

c) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y

d) el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños."

Trabajo infantil peligroso.

Es este grupo del último inciso (d), el que abarca lo que llamamos trabajo infantil peligroso. Esta precisión es importante, diferenciándolo del campo del trabajo infantil en general, y del conjunto de las peores formas de trabajo infantil. Las otras tres formas (incisos a, b, c), son llamados en el mencionado informe global de la OIT como *"formas incuestionablemente peores de trabajo infantil"*.

La definición general realizada en el Convenio 182, se amplía en la Recomendación 190 (1999). En esta Recomendación se establecen las actividades que

por su naturaleza o por las condiciones en que se realizan implican mayores riesgos para la población infantil:

"a) los trabajos en que el niño queda expuesto a abusos de orden físico, psicológico o sexual;

b) los trabajos que se realizan bajo tierra, bajo el agua, en alturas peligrosas o en espacios cerrados;

c) los trabajos que se realizan con maquinaria, equipos y herramientas peligrosos, o que conllevan la manipulación o el transporte manual de cargas pesadas;

d) los trabajos realizados en un medio insalubre en el que los niños estén expuestos, por ejemplo, a sustancias, agentes o procesos peligrosos, o bien a temperaturas o niveles de ruido o de vibraciones que sean perjudiciales para la salud, y

e) los trabajos que implican condiciones especialmente difíciles, como los horarios prolongados o nocturnos, o los trabajos que retienen injustificadamente al niño en los locales del empleador. "

¿A qué se comprometen los países que ratifican el Convenio 182, respecto al trabajo infantil peligroso?

El artículo 4 del Convenio en referencia menciona el compromiso que asumen los países respecto al trabajo infantil peligroso:

"1. Los tipos de trabajo a que se refiere el artículo 3, d) deberán ser determinados por la legislación nacional o por la autoridad competente, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas y tomando en consideración las normas internacionales en la materia, en particular los párrafos 3 y 4 de la Recomendación sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999.

2. La autoridad competente, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas, deberá localizar dónde se practican los tipos de trabajo determinados a tenor del párrafo 1 de este artículo.

3. Deberá examinarse periódicamente y, en caso necesario, revisarse la lista de los tipos de trabajo determinados a tenor del párrafo 1 de este artículo, en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas."

Conclusión

Muchos de nosotros, sea por la necesidad económica, por motivos culturales o por tradición familiar, hemos debido de trabajar cuando menores; lamentablemente no todos tienen la suerte de superar esta situación sin afectar su integridad física, mental y moral. Nos corresponde a todos contribuir a que los niños del mundo no tengan que trabajar, sino estudiar y jugar, contribuir a superar esta situación de injusticia extrema, de menores que trabajan con riesgo para su salud, su seguridad e, incluso, su vida.

El niño yuntero

Miguel Hernández
(poeta español, de niño pastor)

Carne de yugo ha nacido
más humillado que bello
con el cuello perseguido
por el yugo para el cuello.

Empieza a vivir y empieza
a morir de punta a punta
levantando la corteza
de su madre con la yunta.

Contar sus años no sabe
y ya sabe que el sudor
es una corona grave
de sal para el labrador.

Me duele este niño hambriento
como una grandiosa espina
y su vivir ceniciento
revuelve mi alma de encina.

Contar sus años no sabe
y ya sabe que el sudor
es una corona grave
de sal para el labrador.

Quién salvará a este chiquillo
menor que un grano de avena,
de dónde saldrá el martillo
verdugo de esta cadena.

Que salga del corazón
de los hombres jornaleros
que antes de ser hombres son
y han sido niños yunteros.

REFERENCIAS

- ALARCÓN W (2001). Trabajar y estudiar en los Andes. Aproximación al trabajo infantil en las comunidades rurales de Cuzco y Cajamarca. UNICEF. Lima.
- ALCOCER M, FORASTIERI V (2003). Informe de actividades de la Red TIP en Centroamérica. OIT. San José.
- FORASTIERI V (1997). Children at work: Health and safety risks. OIT. Ginebra.
- HIBA (2002). La seguridad y salud en el trabajo infantil peligroso. Ponencia presentada en la Reunión Preparatoria de la Red TIP. OIT. Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO Y LA FAMILIA-INFA (2001). Entre el barro y el juego. Proyecto de Erradicación del Trabajo Infantil en las ladrilleras del sur de Quito. Programa de protección y educación a niños y niñas que trabajan. IPEC-OIT Quito.
- IPEC-OIT (2001). Niños que trabajan en la minería artesanal de oro en el Perú. Estudio Nacional sobre el trabajo infantil en la minería artesanal. Lima, OIT.
- IPEC-OIT (2002). Criterios para la definición del Trabajo Infantil Peligroso. Documento de Trabajo. Informe del Taller Técnico de Quito, 7-9 de agosto (documento en preparación para su edición)
- OIT (1973). Convenio 138. Convenio sobre la edad mínima de admisión al empleo.
- OIT (1999). Convenios 182. Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.
- OIT (1999). Recomendación 190. Recomendación sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.
- OIT (2002). Informe Global "Un futuro sin trabajo infantil". Informe del Director General de la OIT. Conferencia Internacional del Trabajo 90ª. Reunión 2002.
- PIEDRAHITA H (2002). Algunas explicaciones sobre el mayor riesgo de los menores a accidentes y enfermedades ocupacionales. Monografía.



La Vida
y la Salud
Como Mercanc as

9 América Latina: Neoliberalismo y Sobrevivencia

Laura Juárez

Las décadas de los ochenta y noventa del siglo que concluyó, pasarán a la historia de América Latina como las del tiempo en el que la región ingresó a la lógica de la reestructuración del mercado global, y también como el de las dos décadas pérdidas en términos de desarrollo social, por el crecimiento alarmante de la pobreza. Los años del siglo que comienza, muestran la profundización de estas tendencias, debido a que los países de la región siguen sometidos a la reestructuración neoliberal, quedando cada vez más subordinados al mercado global.

El aumento generalizado de la pobreza de la población latinoamericana, se expresa en el desempleo creciente; en el profundo deterioro de los salarios de los trabajadores; en la emigración forzosa de los habitantes del campo y de la ciudad; en el aumento de la economía informal; en el regreso de enfermedades que ya habían sido erradicadas, como el cólera; en la muerte de personas por enfermedades curables, como la sarna, las enfermedades gastrointestinales –como la tifoidea y la gastroenteritis–, las de vías respiratorias –como la amigdalitis, las neumonías y bronconeumonías– entre otras, producto de la desnutrición de la población y del difícil acceso y deterioro de los servicios sociales básicos, como salud, educación, vivienda, etc. Las familias rurales y urbanas se ven obligadas a vi-

vir hacinadas, a padecer la falta de agua y de drenaje, a compartir baños comunitarios y a vivir bajo techos de lámina o cartón, entre otras condiciones. Los estallidos sociales sucedidos en Venezuela, Brasil, Perú, y el caso más reciente, Argentina, muestran el descontento social que hay en la región.

Por lo anterior, es importante preguntarnos, ¿cómo es que América Latina llegó a esta situación? La respuesta está en la historia económica, social y política de la región; pero la historia de nuestros países no la podemos entender si no comprendemos la manera como Latinoamérica se ha insertado en el sistema de acumulación capitalista. En el presente trabajo, sólo intentaremos analizar la historia económica reciente de Latinoamérica, para intentar penetrar en las causas que han llevado a la crisis de larga duración que vive la región.

Del modelo sustitutivo de importaciones al modelo secundario exportador

El modelo sustitutivo de importaciones, surgido del período de entreguerras, que colocó al desarrollo industrial de los países de la región como eje de la acumulación del capital, comenzó a evidenciar en los años sesentas, los límites estructurales del modelo económico. Los elevados niveles del déficit de la balanza de pagos, como producto de las débiles integraciones industriales nacionales; el alto endeudamiento externo; el aumento de la inflación y la baja productividad de la planta productiva, entre otros indicadores, mostraban que el modelo de acumulación había entrado en crisis. No obstante, se postergaron los problemas estructurales de la economía por casi dos décadas, debido a que las economías se pudieron endeudar y el precio de las materias primas más importantes que producían los países se elevaron en el mercado mundial.

Sin embargo, la crisis resurge con toda su crudeza a principios de los años ochenta, debido a que dos eventos de carácter externo no le permitieron a las economías sostener su crecimiento: las altas tasas de interés, que llevaron a la disminución del crédito externo y, por consiguiente, al aumento de la deuda externa de la zona y el desplome de los precios de las materias primas de exportación, tales como el café, el azúcar y el petróleo. Las economías entraron en un franco estancamiento: se suspendieron los créditos externos, disminuyeron considerablemente las divisas que entraban por concepto de la exportación de materias primas, por lo que no había capacidad de seguir importando los bienes intermedios y de capital para la planta productiva. Los efectos financieros no se hicieron esperar: fuga de capitales, devaluaciones, elevación de las tasas de interés, disminuciones crediticias, déficit de las balanzas de capital, etcétera.

América Latina se inserta en el mercado global

Ante la evidente crisis del patrón sustitutivo de importaciones, los gobiernos de América Latina cedieron a la transformación de un patrón de acumulación, basado en el impulso del sector secundario exportador, afín a las nuevas tendencias de internacionalización del capital mundial. Lo que significó en realidad insertar a la región a las necesidades de la economía global, más concretamente a los requerimientos de la recomposición de la tasa de ganancia de las Grandes Empresas Trasnacionales (GET) tanto de carácter nacional como extranjero.

Es así como se deciden imponer las políticas económicas neoliberales en Latinoamérica, incluso en los países en donde hubo transiciones políticas de gobiernos militares a gobiernos civiles –como en Brasil, Argentina, Chile y Uruguay– se mantuvieron y/o rati-

ficaron estas políticas. Qué decir de los gobiernos autoritarios como los de México, que ya desde 1977 habían firmado la primera carta de intención con el Fondo Monetario Internacional, en la cual el Estado mexicano se comprometía a adoptar políticas económicas de austeridad, pero que fueron postergadas hasta 1982, por la coyuntura del llamado "boom petrolero" y por la posibilidad de endeudamiento que ésta significó.

El objetivo de las políticas económicas neoliberales o políticas de globalización económica, ha sido el de adecuar las estructuras económicas de los países a las necesidades de inversión de los grandes capitales. Es a partir de la crisis de la deuda externa en América Latina, a principios de los ochenta, que se imponen de manera generalizada en los países de la región las medidas consistentes en la apertura del mercado interno a la competencia externa; en la privatización de las empresas públicas; la liberalización de los flujos de inversión, tanto de Inversión Extranjera Directa (IED), como de cartera o especulativa; la liberalización de los sistemas financieros; la disminución del papel del Estado en la economía y la imposición de la flexibilidad laboral en las empresas, entre las medidas más importantes.

Ante la crisis financiera de los años ochenta, los gobiernos latinoamericanos comenzaron a manejar las crisis aplicando planes de choque para estabilizar la economía y estatizaron la deuda externa privada ante las presiones de los acreedores internacionales, pasando la factura a la población trabajadora. Posteriormente, se dispusieron a profundizar la reorientación del crecimiento económico poniendo en el centro al sector secundario exportador y al capital financiero nacional y extranjero. Esta reorientación ha beneficiado a unos cuantos grupos empresariales, mientras que ha excluido a la gran mayoría de la población trabajadora.

La economía de América Latina se encuentra sujeta a problemas estructurales producidos por esta nueva forma de integración en el mercado internacional: por un lado, tenemos que el crecimiento económico de la región se ha basado de manera determinante en el desarrollo de unos cuantos grupos financieros, comerciales e industriales ligados al capital trasnacional, por lo que dependen del mercado externo; y, por otro, están los sectores que dependen sobre todo del mercado interno, que por estar sujetos a los niveles de empleo y de ingreso de la población, se mantienen rezagados y deprimidos. Lo anterior, debido a que la orientación del crecimiento hacia afuera ya no le confiere a los trabajadores importancia como consumidores que, a través de su poder adquisitivo, crean demanda y dinamizan por esa vía la inversión y, por lo tanto, el empleo, es decir, ya no son considerados como factores determinantes del crecimiento económico. En los tiempos de la reestructuración globalizadora, ahora se les considera sólo como costos de producción, los cuales deben disminuirse con el objetivo de darle competitividad a las empresas y a la economía; por lo anterior, se han impuesto políticas de bajos salarios y de restricción de derechos laborales a través de las políticas de flexibilización laboral.

La demanda interna de inversión de las empresas y del consumo de la población, tiende a ser cubierta por crecientes importaciones externas en detrimento de la producción interna. ¿Y las industrias nacionales de la región generadoras de empleos y salarios que dinamizan el mercado interno y dan sustento a la población trabajadora? Las nuevas tendencias globalizadoras no consideran este aspecto esencial, por lo menos no para los países subdesarrollados de los cuales América Latina forma parte. Según la ideología neoliberal, si la productividad nacional de los bienes y servicios para la planta productiva y la población está por debajo del mercado internacional, entonces hay que importarlos y dedicarse a producir aquellos productos en los que son más productivos y competitivos, en otras palabras,

deben aplicar el principio de "las ventajas comparativas". El papel conferido a los países latinoamericanos consiste, en lo fundamental, en articular las plantas productivas nacionales al exterior, por lo que se han comenzado a conformar enclaves productivos encadenados a la producción internacional, que combina tecnología de punta con fuerza de trabajo barata y en gran medida descalificada.

Por otra parte, tenemos que la política deliberada de atracción de financiamiento externo, a partir de la liberalización de los sistemas financieros de los países latinoamericanos y el manejo de tasas de interés internas, que han llegado a estar por encima de los centros financieros internacionales, ha significado la restricción del financiamiento interno por el encarecimiento del crédito. A esto se suma la sobrevaluación de las monedas de los países que han tenido como fin abaratar las importaciones y, con este fin, presionar a la baja los precios internos.

Impacto en los trabajadores del campo y la ciudad en la región y sobrevivencia

Y que trabajan en el mercado formal e informal, con el fin de completar el ingreso familiar; entre otros medios.

La integración subordinada de las economías latinoamericanas a los requerimientos de los capitales trasnacionales, está significando la profundización del subdesarrollo y la dependencia; la creciente pérdida de la soberanía nacional de nuestros países; la depredación de nuestras riquezas naturales y un altísimo costo social.

El siglo agitado que comienza, que inició con una gravísima crisis económica, política y social en Argentina, muestra el fracaso evidente de los proyectos nacionales que fincan su desarrollo en la apertura comercial y en el sector exportador en condiciones subordinadas frente a las grandes empresas trasnacionales

REFERENCIAS

- CEPAL. Estudio económico 2002-2003. América Latina y El Caribe. Situación y Perspectivas.
- CEPAL. Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa.
- JUÁREZ SÁNCHEZ, LAURA (2003-2004). Los exiliados económicos de América Latina. En Revista Trabajadores No 39 noviembre-diciembre 2003 y 40 enero-febrero 2004. México.
- LA JORNADA (1996). 10 de marzo, p. 15.
- OIT (2002). Conferencia Internacional del Trabajo, XC Reunión, 2002, Informe VI, "Trabajo Decente y Economía Informal", Ginebra, Suiza, p. 144.
- OIT (2002). Panorama laboral 2002. América Latina y El Caribe, Lima.
- OIT (2004). Panorama laboral 2004. América Latina y El Caribe, Lima. p, 41.
- ONU-CEPAL (2002). Globalización y desarrollo, Brasilia, Brasil.
- TRÁPAGA, YOLANDA (1996). Panorama regional de la producción de alimentos en el mundo en El reordenamiento agrícola en los países pobres, Ed. IIEC-UNAM. México.
- WALLER MEYERS, DEBORAH (2000), Remesas de América Latina: revisión de la literatura, en Revista Comercio Exterior, v. 50, n. 4, México, abril.

10 Retroceso de la Salud en la Colombia Neoliberal*

Miguel Eduardo Cárdenas
Luz Helena Sánchez
Martha Bernal

En el caso de América Latina, y en particular de Colombia, con la implantación a finales de los ochenta y principios de los noventa del modelo neoliberal y de las reformas estructurales, se dio paso a un cambio en la concepción de la política social. Según los reformadores se promovería el uso eficiente de los recursos y aceleraría el crecimiento económico. Estas reformas se orientaron a dar mayor juego al mercado y limitar la intervención del Estado, para tal propósito se buscó eliminar las barreras que no permitían que los mercados funcionaran adecuadamente. En resumen se trataba de flexibilizar los mercados de bienes, de capitales y de trabajo.

En el marco de este nuevo modelo caracterizado por la hegemonía del capital financiero y con el argumento de que el Estado obstaculizaba el acceso a los servicios sociales de la población más pobre, por ser un Estado ineficiente y corrupto, la política social y los derechos sociales, tuvieron las siguientes directrices: reducir el papel del Estado en la provisión de los derechos sociales, dando mayor concurrencia al sector privado; recortar el gasto público para preservar el equilibrio fiscal; dejar en manos del mercado la asignación y regulación de estos derechos sociales; focalizar el gasto a través de subsidios a la demanda y descentralizar competencias y recursos de estos servicios a los entes territoriales.

* Documento preparado en el contexto de las actividades de la Mesa de Trabajo 'Las reformas sociales que Colombia necesita', con el apoyo de Luz Helena Sánchez de la Asociación Colombiana para la Salud –ASSALUD-, Martha Bernal, del Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo –CESDE-, y Miguel Eduardo Cárdenas de la Friedrich Ebert Stiftung en Colombia –FESCOL-.

Los derechos sociales en el marco de las reformas estructurales

Bajo la égida neoliberal la política social pasa de ser concebida como una política de carácter universal y redistributiva, a ser una política focalizada, transitoria y asistencialista, en la que la problemática de la pobreza, deja de ser la expresión de la crisis estructural por la cual atraviesan países como Colombia, y se convierte en una cuestión de carácter marginal, que ya no requiere de políticas integrales, sino de simples "programas de alivio" -contra la pobreza-, como los han denominado.

La discusión pública sobre la importancia de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los sectores de más bajos ingresos, a través de la generación de empleo y la redistribución de riqueza, es abandonada y reemplazada por enfoques relacionados con el equilibrio macroeconómico, la reducción de la inflación y otros, de gran preocupación para los tecnócratas.

Es así, como en este modelo económico, la política social se encuentra subordinada al capital financiero en tres vías: en primer lugar; la intermediación financiera se vuelve central en el circuito de flujo de recursos para la prestación de los servicios sociales; en segundo lugar, en el ámbito fiscal el pago al sector financiero prevalece por encima de los gastos sociales, y por último, la lógica financiera debilita al aparato productivo lo cual genera efectos sociales como el desempleo, la informalidad, la precariedad del trabajo y la pobreza.

La reforma neoliberal a la de salud

Bajo este contexto, impulsadas por las agencias internacionales, se da paso a las reformas de salud para América Latina. En este proceso el Banco Mundial adquiere gran influencia en la formulación, concepción, planeación y financiamiento de los sistemas de salud, con sus informes de 1987 y 1993.

En cuanto al papel del Estado, este debería implementar los programas básicos de salud pública e invertir en los servicios clínicos esenciales; en el lenguaje de los reformadores, significaba que el Estado solo podría intervenir en los denominados "servicios públicos puros", es decir en aquellos servicios, que para ser provistos se necesita de la acción estatal.

En Colombia se impulsó la reforma de salud con los argumentos de que más del 70% de la población se encontraba excluida del acceso a los servicios de salud, y que el Sistema Nacional de Salud alimentaba la existencia de iniquidades en la distribución de subsidios, y baja calidad e ineficiencia en el uso de los recursos. La reforma se consolidó con la Ley 100 de 1993, la cual instauró el Sistema Nacional de Seguridad Social conformado por el Sistema General de Pensiones y el Sistema de Seguridad Social en Salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. Además estableció sus principios bajo las recomendaciones del Banco Mundial: autofinanciamiento, descentralización, separación de las funciones de financiamiento y provisión y focalización.

Bajo el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, se buscaba avanzar en universalidad, solidaridad y eficiencia en el uso de recursos y en la prestación de los servicios de salud, es así como bajo la Ley 100 toda persona tiene "derecho" a adquirir un paquete de servicios en salud y puede escoger la aseguradora para afiliarse. Las personas con capacidad de pago se afilian al régimen contributivo por medio de las empresas promotoras de salud –EPS- y la población pobre se afilia al régimen subsidiado por medio de las administradoras del régimen subsidiado –ARS-; estas entidades intermediarias contratan la prestación de los servicios con las instituciones prestadoras de servicios –IPS-. Dependiendo del régimen al que se afilia, tiene acceso a un paquete de servicios contemplado en el

plan obligatorio de salud -POS-. Además, para seleccionar a los más pobres se creó el sistema de beneficiarios –SISBEN-, instrumento que identifica y selecciona a la población "más" pobre.

Balance de la Ley 100

Después de más de una década de aplicación de la Ley 100 de 1993, los resultados en materia de salud no son satisfactorios. Durante el año 2004 se discutió una reforma a la Ley 100, que permitió aclarar que los recursos para salud aumentaron de forma importante, -en el 2003 se ejecutaron recursos por razón de $ 15 billones de pesos colombianos- (más del 10% del producto nacional) pero esto no se reflejó en un mejoramiento de las condiciones de salud. A continuación se presenta de forma muy general algunos de los problemas que se evidencian en el sistema y/o las promesas que nunca se cumplieron.

En términos de cobertura, se esperaba que para el año 2001 toda la población estuviera afiliada a alguno de los regímenes, a pesar de que uno de los mayores esfuerzos de la Ley 100 fue afiliar a la población pobre, los resultados en cobertura para la población pobre (cuadro 1), medidos en términos de línea de pobreza (LP), muestran que para el año 2000 solo un 37.3% de los pobres estaba afiliado al régimen subsidiado. Para el año 2003, solamente el 62% de la población estaba afiliada y el 38% restante se encontraba por fuera del sistema, al mismo tiempo, alrededor de un 40% a 50% de la población, en cada uno de los tres quintiles de más bajos recursos, no se encuentra afiliada a ninguno de los regímenes (cuadro 2).

CUADRO 1
PORCENTAJE DE COBERTURA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO SEGÚN POBREZA

AÑO	COBERTURA NBI	COBERTURA LP
1996	40.0	29.4
1997	47.0	35.5
1998	55.5	41.9
1999	59.7	41.2
2000	59.8	37.3

CUADRO 2
AFILIACIÓN AL SGSSS POR RÉGIMEN, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO 2003

QUINTILES	RÉGIMEN		
	CONTRIBUTIVO %	SUBSIDIADO %	NO AFILIADOS %
1	6.1	40.5	53.5
2	16.2	36.3	47.5
3	36.1	22.1	41.8
4	57.4	11.9	38.7
5	78.9	3.8	17.3
TOTAL	38.9	22.9	38.2

Preocupante en el tema de la cobertura es el relacionado con la población que no está seleccionada para ser beneficiaria de los subsidios, pero que por sus condiciones socioeconómicas y las precariedades del trabajo, no logra llegar a cotizar al régimen contributivo.

Otro de los problemas centrales del sistema se refiere al financiamiento; para el caso del régimen subsidiado se presenta dispersión en la gestión de los recursos, lo cual contribuye al desvió en su destinación. Es así, como los recursos que son girados a las ARS no llegan a la atención directa de los usuarios, sino que se quedan en la intermediación financiera, lo cual perjudica a las IPS, en especial a los hospitales públicos. Además de esto, los recursos de la cuenta de solidaridad que contribuye al financiamiento del régimen subsidiado, se han visto estancados por la crisis económica, el desempleo y los altos niveles de pobreza, aunado al incumplimiento por parte del gobierno para desembolsar los recursos que le corresponden.

En el caso del régimen contributivo uno de los principales problemas tiene que ver con la evasión y la elusión. Igualmente, el número de cotizantes, se ha reducido debido al aumento del desempleo y a la composición creciente de trabajo informal en el mercado laboral.

Uno de los argumentos centrales para llevar a cabo la reforma y que ha generado en su aplicación las mayores críticas es la relacionada con la libre elección. La promesa consistía en que con la libre elección mejoraría la calidad de los servicios, -por medio de la competencia de los aseguradores y prestadores- y de paso defendería los intereses de los usuarios. Recientes estudios del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Universidad Nacional de Colombia, muestran como no es posible la libre elección en municipios pequeños en los cuales solo existe una IPS.

Estas son algunos problemas presentes al analizar los resultados del actual sistema de seguridad social en salud para Colombia. Otros problemas relevantes que deben mencionarse son el de la salud pública, que se manifiesta en el campo epidemiológico con la aparición de enfermedades ya controladas; la inexistencia de un sistema de información, el acomodamiento de las lógicas clientelistas en el sistema, las barreras al acceso de la población afiliada, entre otros.

Al observar los resultados de la reforma, se puede concluir que garantizar el derecho a la salud ha tenido serias dificultades, que la política de salud y sus resultados están íntimamente ligados al proceso económico, político y social de Colombia, y aún mas cuando este sistema está basado en el criterio de capacidad de pago de las personas. Además del incremento de los recursos en salud a partir de la Ley 100, se hace evidente la lógica en la cual se inscribieron estas reformas: la lógica de financiarización de la economía.

Evaluación del sistema de salud desde una perspectiva de equidad

En la ultima década, las condiciones de vida de la población en Colombia se han deteriorado, para el período 1997 a 2000 bajo la línea de pobreza, se pasó de un 50.3% a un 59.8%, esto significa que más de la mitad de la población es pobre. Y bajo la línea de indigencia sé paso de 18.1 % a 23.4% para el mismo período (cuadro 3).

Además de las condiciones económicas que han influido de manera importante en el deterioro del bienestar de la población, para el caso de Colombia la guerra ha sido otro de los factores que han contribuido, una expresión de ello es el desplazamiento forzado, que tuvo su mayor manifestación en el período de 1995 a 2000, durante el cual fueron desplazadas 1’123.000 personas.

CUADRO 3
POBLACIÓN BAJO LÍNEA DE INDIGENCIA Y DE POBREZA (%) NACIONAL Y BOGOTÁ 1997 – 2000

	LÍNEA DE POBREZA			LÍNEA DE INDIGENCIA		
	1997	1999	2000	1997	1999	2000
NACIONAL	50.3	56.3	59.8	18.1	19.6	23.4
BOGOTÁ	32.4	46.3	49.6	6.1	13.2	14.9

El deterioro en las condiciones de trabajo, producto de la flexibilización laboral, ha originado un incremento importante de la población trabajadora en el sector informal (cuadro 4) y sobretodo en los segmentos de la población con más bajos ingresos.

La cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud para el período 1993–1997 aumentó, pero se estancó para el período 1997-2003 como consecuencia de la crisis económica y socio-política del país, además de ello persistieron los problemas frente a la equidad; lo cual muestra que la orientación de la política social fue procíclica al comportamiento de la economía y no generó impactos redistributivos.

CUADRO 4
CREACIÓN Y DESTRUCCIÓN DE EMPLEO EN LOS SECTORES FORMAL E INFORMAL. SIETE CIUDADES 1992 – 2000 Y TRECE CIUDADES 2001 – 2003 (MILES DE PERSONAS)

PERÍODO	FORMALES	INFORMALES	TOTAL	% FORMALES	% INFORMALES
1992 – 1994	146	39	185	76.05	20.95
1994 – 1996	67	57	124	54.27	45.73
1996 – 1998	14	298	312	4.37	95.63
1998 – 2000	- 254	368	113	-224.67	324.67
2001 – 2002	57	237	294	19.35	80.65
2002 – 2003	142	94	236	60.12	39.88

La cobertura del régimen contributivo, para el mismo período pasó de un 39.5% a 35.4% y en el régimen subsidiado pasó de 17.7% a 16.9%. No obstante en el régimen subsidiado se manifiestan los problemas de equidad, a la hora de la asignación de subsidios, es así que mientras el porcentaje de la población pobre que fue subsidiada disminuye de 27% a 20.3%, el porcentaje de la población no pobre subsidiada aumentó 9.2% a 13.4% (cuadro 5).

CUADRO 5
ASEGURAMIENTO EN SALUD
1993, 1997, 2003

QUINTIL	AFILIADOS		
	1993	1993	1993
1	528.283	4.052.475	4.069.971
2	1.349.623	4.296.587	4.589.412
3	2.026.569	4.781.450	5.092.794
4	2.407.533	4.634.566	6.052.662
5	2.460.038	4.936.741	7.226.875
TOTAL	8.772.046	22.701.819	27.031.714

CUADRO 6
AFILIACIÓN A SALUD SEGÚN RÉGIMEN Y CON PLANES COMPLEMENTARIOS O SEGUROS DE SALUD 2003

RÉGIMEN	% AFILIACIÓN	% CON PLANES COMPLEMENTARIOS O SEGUROS
ESPECIAL	5.86	9.12
CONTRIBUTIVO	57.07	11.16
SUBSIDIADO	37.07	1.61
TOTAL	100	7.50

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS, COBERTURA EN SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS. POR QUINTILES DE POBLACIÓN.

QUINTILES POR HOGAR	INGRESOS A SALUD	AFILIADOS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	NO AFILIADO A SALUD Y SIN SEGURO	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
1	2.20	15.56	3.17	36.59	27.81	15.13
2	5.92	16.11	7.86	30.11	26.58	16.85
3	10.44	19.03	17.93	20.91	21.43	21.80
4	18.05	22.22	29.68	9.55	16.15	23.80
5	63.38	27.08	41.35	2.85	8.03	22.41
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Frente a la prestación de servicios para el período 1993–2000, el porcentaje de personas que se sintieron enfermas y fueron atendidas disminuyó en todos los quintiles, es así como la atención en general se redujo de 67% a 51%. También se evidencia las desigualdades entre los quintiles más ricos y los quintiles más pobres; mientras que la población pobre, que es la más vulnerable frente a la enfermedad, recibe menor de atención; los quintiles con más altos ingresos concentran la mayor atención.

En 1993 mientras que en el primer quintil fueron atendidas el 48% de las personas que se sintieron enfermas, en el último quintil fueron atendidas el 80%. Para el 2003 la situación mejoró, de la población que se manifestó enferma, recibieron atención el 60% del primer quintil y 77% del ultimo quintil (cuadro 9).

CUADRO 9
PROBABILIDAD DE ENFERMAR, RECIBIR ATENCIÓN E IR A UNA INSTITUCIÓN 1993, 1997, 2003

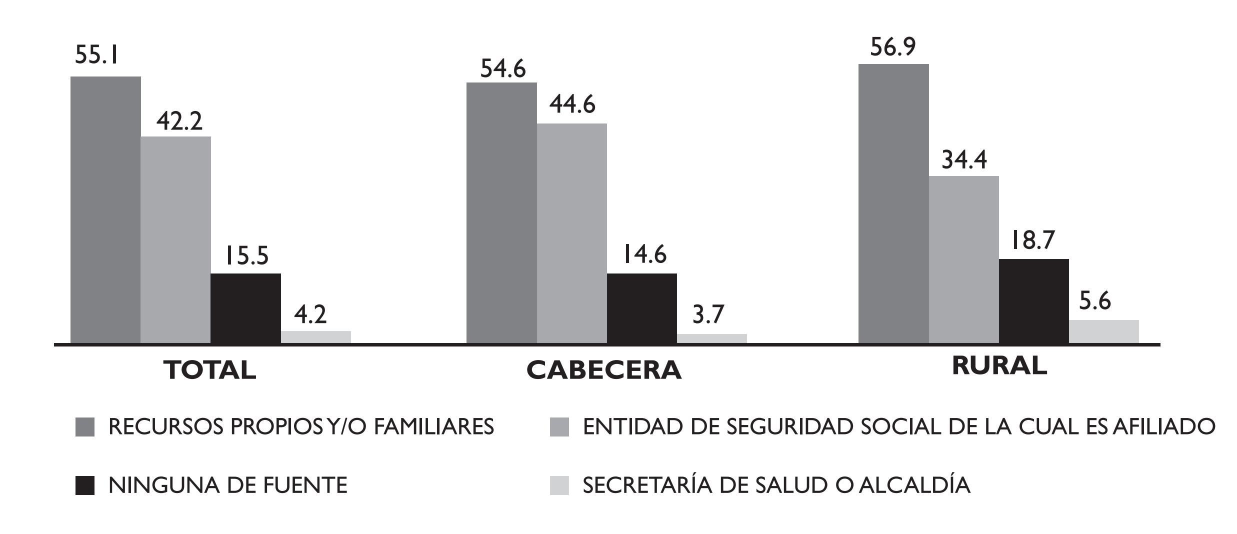
Quintil	1993			1997			2003		
	Enfermar %	Recibir atención %	Ir a institución %	Enfermar %	Recibir atención %	Ir a institución %	Enfermar %	Recibir atención %	Ir a institución %
1	15.2	15.2	15.2	15.2	15.2	15.2	15.2	15.2	15.2
2	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3
3	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9
4	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1
5	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2	17.2
Total	15.8	15.8	15.8	15.8	15.8	15.8	15.8	15.8	15.8

CUADRO 8
PERSONAS QUE SE SINTIERON ENFERMAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS Y NO SOLICITARON NI RECIBIERON ATENCIÓN MÉDICA 2003

RAZÓN	ENFERMOS SIN ATENCIÓN %	ENFERMOS SIN ATENCIÓN NO AFILIADOS Y SIN SEGURO %
Falta de dinero	39.03	76.32
Caso leve	37.1	38.64
No tuvo tiempo	5.1	26.12
Centro de atención queda lejos	4.1	43.70
Mal servicio	3.7	15.33
Muchos tramites	3.5	27.75
No confías en médicos	2.9	64.03
Consultó y no resolvieron problemas	2.5	41.86
No lo atendieron	1.8	33.20
Total	100	52.48

Una de las principales barreras al acceso, para las personas que estando enfermas no acuden a la atención profesional, es la falta de dinero. En el período de 1994–2000, el porcentaje del total de enfermos que no tuvieron atención por falta de dinero se incrementó de 43% a 62%; para el año 2003 se redujo a 39%, a pesar de que aún sigue siendo la principal razón por la cual las personas no reciben atención (cuadro 8). Esto muestra

GRÁFICA 1
FUENTES UTILIZADAS PARA CUBRIR LOS COSTOS DE ATENCIÓN EN SALUD ECV 2003



que el actual sistema de seguridad social en salud no contribuye a aminorar las condiciones de iniquidad socioeconómica, sino que por el contrario las mantiene.

Otro factor que expresa iniquidad en el sistema de salud, es el gasto de bolsillo[1], según los cálculos obtenidos en el estudio sobre equidad de Ramón Abel Castaño para el período 1993-1997, en el quintil de más bajos ingresos se incrementó el gasto de bolsillo en 6.700 pesos, mientras que para el quintil con mayores ingresos disminuyó en 20.000 pesos aproximadamente. Para el 2003, el 55% las fuentes utilizadas para cubrir los costos de atención, fueron recursos propios o familiares (gráfica 1).

PROPUESTAS

La construcción de un nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, debe partir de garantizar a toda persona que viva en el territorio nacional, el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, individual y colectivo. Por ende este sistema será universal y se organizará como un Sistema Público de Salud, autónomo y democrático, unificado, con gestión descentralizada por regiones.

A continuación se presenta algunos lineamientos de este nuevo sistema:

1. El gasto de bolsillo son los pagos directos que hacen las familias a los proveedores de servicios de salud cuando demandan atención.

- El conjunto de servicios, prestaciones o beneficios individuales o colectivos, que otorgue el sistema de salud, será igual para todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o de cualquier otra condición económica, geográfica o social.

- El Sistema de Salud se reorganiza para dejar de ser exclusivamente un sistema de atención a la enfermedad y convertirse en un Sistema Público de Salud, que prioriza la prevención, la promoción, la educación y el fomento de la salud en todos sus niveles y garantiza la Salud Pública como bien primordial de la sociedad así como el acceso de toda la población a los servicios de salud en forma integral.

- Todos los ciudadanos deberán contribuir en la medida de sus posibilidades económicas al financiamiento de la salud. Los mecanismos de control de la contribución se separarán completamente del acceso a los servicios.

- El sistema público de salud será dirigido por un organismo colegiado de período fijo, autónomo, conformado democráticamente de forma que se garantice la representatividad de las regiones, los sectores a través de sus organizaciones sociales y los trabajadores.

- Ni el sistema público de salud, ni sus organismos rectores o directivos, dependerán jerárquicamente del gobierno, ni éste los designará, ni tendrá control de tutela sobre las decisiones del organismo autónomo. Se garantizará además la autonomía administrativa, presupuestal y financiera.

- Para la prestación de los servicios, se organizarán unidades territoriales distintas de las actuales, de manera que consulten, la realidad cultural, económica y de comunicaciones de las regiones. La afiliación al sistema para la organización y planeación de los servicios, se hará por el sitio de habitación o vivienda de la familia. Un municipio puede decidir, democráticamente, a cual región adscribirse.

- La financiación del sistema se basará en fondos públicos estatales, que tendrán como fuentes, los ingresos de la nación, los aportes de patronos y trabajadores, la actual cotización para riesgos profesionales, las rentas parafiscales y los demás tributos locales o departamentales, así como los ingresos de los monopolios rentísticos.

- Todos los recursos del sistema de salud, incluidas las cotizaciones de los asalariados y personas con capacidad de pago, se recaudarán y administrarán en un Fondo Público Nacional Unificado.

- Los recursos de salud no pueden dedicarse a ninguna otra destinación y no podrán utilizarse para financiar al gobierno nacional ni para alimentar o fortalecer el sector financiero privado.

- Se suprime el Sistema de Subsidio a la Demanda. Los hospitales públicos, y las demás entidades de la red pública de servicios de salud serán financiados directamente por el Estado a través del Fondo Público Nacional. Se prohíbe exigir a la red pública, venta de servicios o criterios de rentabilidad económica o autosostenibilidad financiera, como condición para acceder a los recursos necesarios para el funcionamiento de los servicios.

- El mantenimiento integral y suficiente de la red pública es prioridad del sistema.

- La humanización de los servicios, que pone la dignidad del ser humano, por encima de cualquier otra consideración, será el criterio rector que observa-

rán todas las personas, funcionarios o trabajadores en su actividad como miembros del sistema público de salud.

- La calidad del sistema y de sus servicios será garantizada mediante mecanismos internos previos y posteriores y formas organizadas de control social efectivo de los servicios.

- En el sistema de salud, queda prohibido el tratamiento de cliente, o cualquier otro que desconozca el principio de humanización, o pretenda desvirtuar el carácter público del sistema para adoptar políticas o criterios de negocio o de comercio.

- Las personas y las comunidades tienen derecho a la totalidad de los suministros, medicamentos, medios de diagnóstico, o atención profesional, según el mayor grado de tecnología o avance de la ciencia disponible en el país.

- Sólo podrá excluirse una prestación del conjunto de servicios, cuando esté claramente probado que es superflua, nociva o innecesaria.

- Las políticas públicas deben proveer los mecanismos necesarios para lograr la producción y generación de conocimientos, investigación, ciencia y tecnología en el país.

- Se respetará la diversidad étnica y cultural de la nación y las autonomías reconocidas en la Constitución Política.

- Se incorporarán en el conjunto de prácticas de salud que realice el sistema, las terapéuticas alternativas, las cuales se someterán a controles de calidad análogos o similares a los exigidos para las terapéuticas tradicionales.

- La formación del recurso humano en seguridad social deberá ser acorde con los principios y necesidades del sistema. Se implementarán rigurosos mecanismos de control a la formación de personal profesional en salud para garantizar la calidad e idoneidad de los trabajadores de la salud.

- Los planes de salud de cada región se adaptarán a sus necesidades propias y al perfil epidemiológico de la población.

- La red de servicios debe organizarse de manera que se garantice la accesibilidad geográfica a los distintos niveles de atención.

- Se regulara de manera detallada el conjunto de derechos y deberes del personal en salud y de los pacientes.

- Los trabajadores de la salud serán seleccionados de acuerdo con sistemas objetivos y se garantizará su estabilidad en el empleo, para prevenir y combatir el clientelismo.

- Quedan prohibidas las nóminas paralelas y la contratación de personal para ejercer labores que por su naturaleza son permanentes en las instituciones públicas.

- Se organizará un Sistema Público de Información en Salud, como instrumento imprescindible para la gestión y control de las políticas de salud.

11 Destrucción del Espacio Urbano: Genocidio Encubierto en Barrio Ituzaingó de Córdoba

María Godoy, Norma Herrera, Sofía Gatica, Corina Barbosa,
Eulália Ayllon, Marcela Ferreira, Fabiana Gómez,
Cristina Fuentes, Isabel Lindon

Madres del Barrio

El barrio se encuentra situado al Sureste de la Ciudad de Córdoba, Argentina, en la periferia urbana. Tiene alrededor de 5000hab. de condición social humilde; con alrededor de 1200 viviendas. Los graves problemas ambientales violan el derecho humano de los vecinos a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo, el derecho a la salud, el derecho a la información ambiental, y sobre todo "el derecho a la vida".

Muchísima es la información que rodea el caso de Barrio Ituzaingó Anexo y exponerla toda escaparía a los objetivos del presente informe. Es por eso que pretendemos describir, de forma sintética, la situación particular que vivimos los vecinos desde la discriminación y desigualdad a la hora de soportar las cargas ambientales. Pese a las denuncias Judiciales (por las cuales hemos recibido amenazas de Muerte) y a las distintas apariciones en la prensa local, nacional, y hasta internacional no hemos tenido soluciones.

Historia

Esta lucha comienza a fines del año 2001, cuando una de las mamás, Sofía Gatica (del grupo), se da cuenta de que muchas mujeres usaban pañuelo (para cubrir su calvicie) y varios niños usaban barbijos. Entonces, comienza a investigar (yendo casa por casa) anotando a cada uno de ellos en una lista, con apellido y nombre, edad, dirección, diagnóstico y hospital (por casi 4 meses). Lista que se encargó de llevar, junto a dos vecinas más al Ministerio de Salud; con la cual se presentó un mapa con la localización de cada enfermo y un pedido de estudios de suelo, aire, transformador, agua (realizado conjuntamente con otros vecinos).

La gente comenzó a movilizarse y es por ello que salen por un medio de televisión solicitando soluciones para los casos de leucemia y cambio de agua. El primer análisis arroja Agroquímicos tales como Endosulfán en el Agua. El Ministro de Salud, Roberto Chuit, pide el cambio del agua de inmediato, cosa que se logra debido a la movilización de la gente, pero para lograrlo hace que varios firmen la renuncia a realizar juicios a la provincia; el mismo día que el Ministro Roberto Chuit recibe a los vecinos, EPEC (empresa de energía eléctrica) misteriosamente retira los transformadores (sin que se hicieran los muestreos para identificación de PCB, dioxinas y furanos, y sin que se les hicieran las mediciones de campos magnéticos, ni se pudiera controlar, desde instituciones y/o veedores independientes de EPEC, que no se hubieran limpiado las plataformas de contención).

A pocos días, el Ministro envía un equipo interdisciplinario -médicos, asistente social, psicólogo, etc.- a realizar un relevamiento a 150 personas, pero no todos los vecinos fueron censados por estos profesionales y por eso el estudio fue hecho a medias. El Grupo de Madres (que para ese entonces se había formado) realiza su propio relevamiento y cae en cuenta de que la situación es gravísima. Al constatar el atropello de las autoridades, ocultamiento de pruebas, etc., debimos acudir a la Justicia como Querellantes.

Sabemos que el deterioro ambiental es inevitable como lo es el precio que tenemos que pagar por un supuesto progreso que beneficia a unos pocos.

Nosotras (Grupo de Madres) trabajamos defendiendo la vida de nuestros hijos, exponiendo la nuestra frente a las máquinas (mosquito) para evitar las fumigaciones, corriendo riesgo porque ellos nos esperaban con palos y con la policía de su lado.

En el Consejo Deliberante (compuesto por señores municipales y provinciales a los que nosotros le pagamos un sueldo) presentamos un petitorio. Para nuestra sorpresa, el abogado de los productores; los agricultores y el ingeniero agrónomo encargado de las fumigaciones, desconocían que el glisofato y su derivado químico, el AMPA, el endosulfàn y su derivado coayudante, empleado para mejorar la fijación de plaguicidas en la planta, tienen actividad estrogénica al ingresar al cuerpo humano, por lo que se llaman disruptores endocrinos, pues pueden alterar el mecanismo hormonal, tal como lo señalan los especialistas en Gestión Ambiental de la Universidad Nacional de San Luis.

Se les exigió los siguientes estudios: análisis de sedimento de tanques, de suelo, de transformadores, de aire y de campos magnéticos.

A fines de 2002 los resultados reportados fueron los siguientes:

- En los tanques domiciliarios se encontraron: Agroquímicos (Endosulfàn, Heptacloro); metales pesados (plomo, cromo, arsénico)
- Suelo:
  Muestra 1: Malathión, Clorpirifós, Alfa-Endosulfán, Cis_Clordano e isómero de DDT
  Muestra 2: Malathión, Clorpirifós, Alfa-Endosulfán y Beta-Endosulfán
  Muestra 3: Alfa-Endosulfán e isómero de DDT

Muestra 4: HCB e isómero de DDT
Muestra 5: DDT e isómeros, y Beta- Endosulfán

- Aire: PVC con altos niveles de Ftalatos (plastificantes)

- Transformadores: PCB 281 ppm.
Este fue el único transformador en que logramos se realicen análisis, porque lo secuestramos (lo rodeamos junto a varios vecinos) logrando así trasladarlo a otro lugar fuera de la EPEC).

- También se realizaron mediciones de Campos Magnéticos (llegaban a 1 microtes la).

Dichos estudios fueron realizados por el Ceprocor, a pedido del Gobierno; nosotras nunca pudimos hacer nuestros propios análisis, por ser pobres, y no confiamos en los análisis realizados por ellos.

Al ver que los casos aumentaban y que el gobierno miraba para otro lado, decidimos viajar a Buenos Aires llevando nuestras denuncias, las cuales fueron realizadas en: Derechos Humanos de la Nación, Defensor del Pueblo de la Nación, Medio Ambiente y Ministerio de Salud de la Nación.

Llegamos al Congreso incluso, donde junto a tres Diputados presentamos un Proyecto de Ley que prohíba la fumigación cerca de las viviendas.

Teníamos mucho miedo de viajar porque varias de nosotras recibimos amenazas con armas de fuego antes de salir, y empezamos a ser presionadas y vigiladas por la policía.

Para conseguir un medicamento oncológico o para lograr conseguir el resultado de algún estudio o análisis del barrio, hemos tenido que recurrir a los cortes de ruta (algunas veces con los enfermos).

A comienzo del año 2004, un médico trabajó junto al Grupo de Madres verificando 150 casos, los cuales fueron presentados a las Autoridades Municipales y Provinciales.

En la actualidad, no sabemos si el barrio es habitable, pues nos seguimos enfermando.

Llevamos registrados más de 200 casos de cáncer, sin contar Lupus, Púrpuras, Anemias Hemolíticas, Hodgking Linfáticos, Tumores y Leucemias.

Tenemos varios jóvenes fallecidos (22/23 años), uno de ellos falleció a los tres días de su diagnóstico.

Otros de 18 a 25 años tienen tumores en la cabeza; en el grupo de los de más corta edad hay cerca de 30 tumores (aún viven, pero están perdiendo, poco a poco, sus sentidos).

Lo más terrible son los casos de leucemia (13 casos, tres de ellos están casa por medio y otros tres a un par de cuadras, entre dos transformadores y la plantación de soja que cubre el barrio).

De estos 13 casos, las edades son:

- Niña de 5 años (vive) LLA
- Niña de 7 años (vive)LLA
- Niña de 13 años (vive) Leucemia Mixta
- Adolescente de 15 años (vive) LLA
- Adolescente de 17 años (vive)LLA
- Adulto de 30 años (vive)
- Adulto de 50 años (vive) LLA
- Adulto de 57 años (fallecido) LLA
- Adulto de 23 años (fallecido) LLA
- Adulto de 30 años (fallecido) LLA
- Matrimonio de 56-60 años (fallecidos) LLA
- Adulto de 58 años (vive)

Sabemos que solo entre de 2 a 3 casos de Leucemia pueden esperarse en una población de 100.000 habitantes.

En este año hemos tenido varios casos de malformación:

- Síndrome de Fryn (nacido con múltiples malformaciones, falleció al nacer)
- Espina Bífida (aún vive)

- Niño con 6 dedos (vive)
- Malformación de Riñón (vive)
- Osteogénesis (vive)
- Niña con múltiples malformaciones (falleció)
- Embarazada de 7 meses con niño con malformación (aún no ha nacido).

Nos presentamos como querellantes el 10 de junio de 2002. En un primer momento se nos denegó la participación (40 afectados), pero apelamos y se nos hizo lugar.

Luego la Justicia Federal se declaró incompetente, remitiendo la causa a la Fiscalía del Distrito IV Turno 2. Esto ha sido apelado y en la actualidad se encuentra en la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Desde la Corte se nos notifica que necesitan los datos personales de los recurrentes para los fines del pago correspondiente al recurso extraordinario; a dicha solicitud le hemos realizado un planteo de inconstitucionalidad.

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia realizaron un informe técnico (de cuya seriedad científica dudamos) y que no fue mostrado de forma inmediata, por lo cual debimos recurrir a un Corpus Data.

Hoy nos estamos preparando para las demandas civiles que tendrán lugar en el próximo año con más de 150 afectados y más de la mitad del barrio por daños y perjuicios.

Hemos requerido al Estado Nacional que ejerza sus facultades de control y cuidado en este asunto y que exija al Gobierno Provincial un informe exhaustivo. Entendemos que el asunto aquí brevemente explicado reviste gravedad institucional por los aspectos de Seguridad Nacional involucrados en materia de Salud de la población y Estrategia Económica, esto último en referencia a la exportación de soja.

Nuestra abogada de Derechos Humanos, es la Dra. Elba Martínez, en quien tenemos puestas todas nuestras esperanzas.

Entendemos que la Salud se ha constituido en una mercancía, pero nosotras todavía podemos defenderla, y sabemos que la única lucha que se pierde es la que se abandona.

Exigimos a las autoridades que distribuyan bien sus recursos (profesionales, medicamentos, centros de salud, etc).

Exigimos al gobierno se reconozca como contaminador y en ese camino elabore políticas de reparación creando un ambiente sano, puesto que permite las fumigaciones sobre la gente, el PCB, metales pesados, etc. (por no realizar los controles a los que como Estado está obligado).

Con nuestra lucha hemos logrado:

- Eliminación de PCB (en toda la provincia de Córdoba).
- Ordenanza Municipal que prohíbe la fumigación a 2500 m (nunca se cumplió).
- Ordenanza Municipal que prohíbe la fumigación aérea en la Capital de Córdoba.
- Cambio de agua para todo el barrio.
- Inauguración de dos centros de salud.
- Ley de agroquímicos (no ha sido reglamentada ni publicada en el boletín oficial).

Lo que no hemos logrado:

- Que el estado se haga cargo de nuestra situación.
- Que se realice estudio en la gente para saber que es lo que nos está enfermando.
- Que la línea de colectivos llegue a la zona afectada (contaminada), pues los conductores creen que se van a contagiar (dejaron de hacerlo desde que co-

menzó la problemática), ignorando que el cáncer no es contagioso.

- Trenzado de la línea de media tensión (13,5kw) que disminuiría los campos magnéticos.
- Que cesen las fumigaciones en el barrio.
- Que el ministro admita su equivocación públicamente.

Los Diferentes Problemas Ambientales Detectados

- La falta de agua potable corriente de distribución por red, problema resuelto recién en el año 2002: El suministro de agua se daba a través de una empresa de agua, SABIA SRL, que la distribuía en el barrio (subterránea). Se hicieron análisis del agua y se encontró endosulfán (plaguicida que está prohibido), también se encontraron altos niveles de sulfato y carbonatos.

  Hoy los vecinos están siendo intimidados a pagar el agua contaminada.

- El barrio colinda con dos campos de propiedad privada de plantación, que año tras año siembran cultivos, principalmente soja y otros granos. Las fumigaciones que se realizaban en ese campo eran mediante aplicaciones aéreas y terrestres de plaguicidas y agroquímicos. Muchas veces nosotras denunciamos el rociamiento de las sustancias encima de nuestras casas y de nosotras mismas. Por otra parte, el Estado nos entregó tanques de agua sin tapa, con lo cual las fumigaciones que se hacían en forma aérea caían al tanque y contaminaban el agua que luego bebíamos. En este sentido, existen análisis realizados a pedido del Grupo de Madres que indican la presencia de plaguicidas como el Beta-Endosulfán (un plaguicida que ya había sido hallado en el agua), y herbicidas como DDT, isómeros del DDT, Malathión, Cis-Clordano, Alfa-Endosulfán, Beta- Endosulfán, BHC, y Clorpirifos, en los suelos. La mayoría de estos productos se encuentran prohibidos por la ley por ser considerados altamente tóxicos para los seres humanos.

Estudios efectuados por el CEPROCOR revelan que no hay cromo ni arsénico, y que en las casas particulares se hallaron 25 partes por millón (ppm) de arsénico (el límite que fija la ley es de 30 ppm). El arsénico también puede ser un derivado de los agroquímicos.

Según Edgardo Schider, fundador y presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Ambiental, siempre hay causas predisponentes y causas desencadenantes. En este caso, la exposición a plaguicidas es el desencadenante, pero como predisponente está el de que el barrio fue edificado en un lugar insalubre, donde no hubo planificación urbana y donde durante 40 años la gente tomó agua intoxicada, entre otras tantas cosas que han producido efectos acumulativos y agregó: "acá se está viendo algo que ya apareció en algunos países desarrollados, lo que se llamó zona de catástrofe ecológica o ambiental."

Afectados

Nosotras, vecinas de barrio Ituzaingó Anexo (5000 personas aproximadamente), hemos relevado los diferentes casos de enfermedad. Hemos ido casa por casa y hemos anotado en una lista todas las personas relevadas hasta febrero del 2004. Se comenzó con una lista de 28 enfermos (exp.071074053902 todos en un radio de 400 m), y a medida que pasa el tiempo hemos detectado más casos de cáncer.

Es importante destacar que la población infantil es grande, lo que agudiza nuestra preocupación por el riesgo a su salud.

Responsables

1. La Municipalidad de Córdoba que habilitó el asentamiento urbano pegado a un campo donde se siembra. La Municipalidad debió ejercer los controles de cumplimiento de la ordenanza que impide la fumigación a menos de 2500 m de las viviendas.

2. La Provincia de Córdoba que no realizó controles de las fumigaciones, especialmente la Subsecretaria de Agricultura, Ganadería y Recursos Naturales.

   Según la Ley provincial no6629 y su decreto reglamentario no3786/94, la Subsecretaria de Ganadería y Recursos Naturales es la autoridad de aplicación de la ley, la cual debe velar su cumplimiento y podrá ejercer tareas de sanción ante la violación de la misma. El control que debió haber hecho es si en las fumigaciones se cumplía con el Art. 13 de la ley de agroquímicos, cosa que exige la presencia del asesor fitosanitario responsable cuando se fumiga en cercanías de las viviendas, curso de agua, etc.

3. El Ministerio de Salud de la Provincia (Ministro de Salud Roberto Chuit), porque es responsable de velar por la salud de sus habitantes y no lo ha hecho. En todo momento trató de ocultar pruebas y enfrentar vecinos contra vecinos; en el momento de la verdad bajó a crear confusión y a desmentir la problemática, dando más importancia a la desvalorización de las viviendas que a la vida humana.

4. La Provincia a través de la DIPAS (Dirección Provincial de Agua y Saneamiento) también es responsable, pues es la encargada de proveer el agua potable a los habitantes de la provincia, de controlar y fiscalizar la provisión de la misma cuando el servicio se terceriza. No hubo una correcta fiscalización de la Empresa SABIA (encargada del suministro de agua en el barrio).

5. Otros posibles responsables son las fábricas metalúrgicas (Fiat, Materfer, Iveco, Tubo Transeléctrica, etc.), fábricas de caucho (Machiarola), todas posibles responsables de contaminar el agua de las napas.

6. La empresa agropecuaria que cultiva en la zona, sumada a los laboratorios productores de sustancias químicas que adosan a los ya sospechosos herbicidas permitidos. Un cóctel de sustancias prohibidas que aumentan la eficiencia de la aplicación de herbicidas y plaguicidas, para mejorar los rendimientos de las cosechas, violando toda normativa vigente.

   EPEC (Empresa Provincial De Energía de Córdoba), negó en todo momento la existencia de PCB en los transformadores, y reconocía que solo había 36 transformadores distribuidos en plazas (áreas descubiertas). Con nuestras denuncias se comprobó que toda la provincia tenía transformadores con PCB.

Conclusión

Nuestro bario de baja condición social debe soportar múltiples factores de degradación y de contaminación ambiental que afecta de manera directa el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos. Es el icono de la problemática ambiental de la mayoría de las ciudades y asentamientos humanos que se encuentran en las zonas aledañas a cultivos de soja.

La degradación ambiental afecta a la mayoría de las poblaciones, regiones y países más vulnerables.

El proceso de globalización le impuso a la Argentina en los años 90 un modelo de país productor de transgénico y exportador de forrajes. Las consecuencias son ahora fáciles de advertir: inmensos territorios vaciados de sus poblaciones rurales, cientos de pueblos en estado de extinción, cuatrocientos mil productores pequeños arruinados y muchísimos más endeudados con los bancos debido a la incorporación de nuevos paquetes tecnológicos con gran dependencia a insumos, semillas transgénicas y herbicidas de la Monsanto. La concentración de propiedad en los campos y la expulsión de poblaciones sintetizan el modelo neocolonial impuesto por el proceso globalizador. Este modelo agro exportador expresó la abdicación del Estado frente a las políticas del mercado, la absoluta ausencia de un proyecto del país; o tal vez peor aún, la existencia de un proyecto de país laboratorio de las empresas y productor de forrajes de exportación para la producción de carnes en las metrópolis.

Ese país laboratorio forrajero encontró sus mejores defensas en mecanismos sutiles de ocultamiento y de invisibilidad, de allí que nuestro mayor esfuerzo sea siempre el de hacer visible lo invisible, y en medio de la fiesta obscena de las exportaciones récord y la evasión de retenciones, exhibir sus consecuencias trágicas en el hambre y en las pérdidas de vida que el modelo provoca. Los impactos sobre la salud de los vecinos del barrio Ituzaingó Anexo, podrían generalizarse a la mayor cantidad de ciudades de Argentina en donde los monocultivos de soja han barrido los tambos y las antiguas quintas y llegan a los bordes mismos de las urbanizaciones populares. Las fumigaciones con glisofato, con endosulfan, con 2.4d, paracuat y otros venenos se han convertido en la amenaza constante de muchísimos argentinos. ¿Qué hace el Estado por cuidar a sus ciudadanos, qué hace frente a los niños muertos a mansalva en todas las ciudades de la república? ¿Quién controla estos paquetes tecnológicos, quién controla la biotecnología? Se continúa dando por supuesto en diferentes niveles del Estado que las tecnologías de punta son las tecnologías adecuadas a nuestras necesidades y se cierra los ojos a la pavorosa consecuencia de la aplicación del modelo agro exportador de transgénicos. Ahora ese mundo soja que creció como una metástasis ocupando cerca de catorce millones de hectáreas de nuestras mejores tierras, que arrasó con los bosques nativos y desplazó los cultivos de alimentos, que colapsó los sistemas hidráulicos, que destruyó nuestra biodiversidad y condujo a la agonía a un millar de pueblos campesinos, ese mundo soja se vuelve sobre nuestras ciudades con impactos terribles sobre la vida y la salud de los habitantes. En barrio Ituzaingó de la ciudad de Córdoba queda al descubierto un crimen horrendo amasado de ausencia de Estado y de connivencia de los gobiernos con las transnacionales, pero también de contundencias extendidas en no asumir las leyes de los ecosistemas, en pretender imponer a la naturaleza y despreciar como daños colaterales los supuestos avances de un "progreso" basado en tecnologías de punta. He aquí las innumerables víctimas inocentes de la cosecha récord.

En nuestro barrio, además se ha comprobado la existencia de PCB; según Adrián Calvo (vocero de EPEC), lo usaban porque era barato y eficaz. Nosotras coincidimos con él, es muy eficaz, porque no ha dejado una persona sana en nuestro barrio.

Sabemos que el PCB se acumula en los tejidos grasos del cuerpo; si bien son químicamente estables, el fuego y las altas temperaturas pueden producir reacomodamientos moleculares (aquí los transformadores eléctricos explotaban a diario), posiblemente hayan liberado dioxinas y furano que son altamente cancerígenos.

El ministerio de salud realizó dos análisis de leche materna y un análisis de médula ósea de 5.000 habitantes. No les importó que muchos niños tengan retraso mental o adolescentes con problemas de aprendizaje, lupus, púrpura, criptorquidia, huevo uero, pro-

blemas respiratorios etc. ¿Con tres análisis se puede dar por concluido un estudio serio?.

Era tanta la bronca y la impotencia que decidimos escribir una carta donde invitamos "PONER EL BRAZO" a cada uno de los responsables de gobierno de semejante catástrofe.

"Ya que ustedes defienden a EPEC con alma y vida, les solicitamos despejar sus dudas."

Ustedes, con su vida pueden dar inicio a una gran investigación. Por propia voluntad y defendiendo sus dichos PONGAN EL BRAZO, así como a diario a nuestros pequeños de Barrio Ituzaingó Anexo le extraen de 10 a 15 cm. de sangre, a ustedes ante escribano público y personal médico autorizado, se les inyecte durante dos a cinco años (mismo tiempo que nuestros pequeños están con tratamiento contra la leucemia) la misma cantidad de PCB; y somos generosas, no los expondríamos a dioxina.

Sería bueno para ustedes, para la empresa, la ciencia etc.

Eso sí, de tener la desgracia de manifestarse en ustedes un cáncer y teniendo en cuenta sus dichos, no sería ético que reciban quimioterapia, pues según ustedes no es cancerígeno....."

12 Neoliberalismo, el Uso de Pesticidas y la Crisis de Soberanía Alimentaria en el Brasil

Ary Carvalho de Miranda, Josino Costa Moreira,
René Louis de Cavalho y Frederico Peres

Desde los noventas, las políticas económicas brasileñas se han dirigido gradualmente hacia el neoliberalismo. Como todos sabemos, los neoliberales asumen que la regulación del mercado es la más eficiente manera de controlar la actividad económica. La gestión microeconómica, asignación de recursos en el espacio y el tiempo –incluyendo el balance entre inversión y consumo- y la fijación de precios, fueron las principales funciones económicas transferidas al mercado por el gobierno del Brasil durante ese período.

El proceso, a su vez, ha llevado a la privatización del activo, a una desregulación económica extensiva y a la liberalización de los movimientos del tipo de cambio, del comercio exterior y la cuenta de capital de la balanza de pagos [Mollo & Saad-Filho, 2004]. La liberalización del comercio trae consigo la amenaza de la competencia de importaciones, que restringe los precios fijados por las empresas domésticas (así como los salarios de los trabajadores). Además, la liberalización de la cuenta de capital limita la capacidad del estado de monetarizar su déficit. La combinación de políticas puede, en efecto, eliminar la alta inflación eficientemente pero a un costo elevado.

El consenso neoliberal era que estas medidas crearían un ambiente favorable para que el capital extranjero penetrase al país y para que las inversiones aumentasen. No obstante, lo contrario ha sucedido en el Brasil: la tasa de inversión disminuyó de un promedio de 22,2% del PIB en los ochentas,

a 19,5% en los noventas y 18,8% en el 2000-03. Bajo la política neoliberal, el Brasil recibió extensas entradas de recursos extranjeros (deuda, IED, bonos, capital social). Sin embargo, las salidas de capital (servicio de la deuda, pagos de intereses, remesas de las ganancias, despojo y fuga del capital) fueron también sustanciales. Las entradas de capital netas fueron insuficientes para compensar la contracción de las inversiones públicas y privadas. Por tanto, la tasa de inversión cayó y el crecimiento lentamente desapareció. Entre 1994 y 2003, el Brasil tuvo una tasa promedio de crecimiento económico anual de 2,4%; en contraste, entre 1933 y 1980, la economía se expandió en un promedio de 6,3% al año [Mollo & Saad-Filho, 2004].

Las tasas de crecimiento económico bajas durante un período extenso necesariamente afectan el nivel de empleo. La tasa de desempleo se ha incrementado notablemente, en especial en las seis áreas metropolitanas más grandes. En Sao Paulo, el desempleo abierto aumentó de 6% a fines de los ochenta, a 13% en años recientes. Tomando en cuenta el empleo precario, el desempleo escondido y los trabajadores desalentados, las tasas de desempleo alcanzaron el 20% de la fuerza laboral. La desestabilización del mercado de trabajo brasileño así mismo puede ser vista a través del incremento rápido del empleo irregular desde fines de los noventa.

El nivel de renta del capital y su distribución son otros factores que contribuyen al crecimiento de la pobreza y la marginalización. Las rentas promedio han disminuido recientemente de manera constante, fundamentalmente debido al retraso económico. La renta percápita brasileña cayó de 21,6% de la renta promedio en los países desarrollados en 1980, a 16,5% en 1995, y 15,5% en el 2001. Adicionalmente, el Brasil es, aún, uno de los países con mayor desigualdad del mundo y el neoliberalismo no ha llevado a un cambio significativo de esta situación [Mollo & Saad-Filho, 2004].

Es así que los cambios económicos que marcaron los noventas continúan afectando al país. El Brasil ha heredado grandes debilidades estructurales que siguen restringiendo el progreso económico y reducen la posibilidad de desarrollar políticas más independientes, es decir, adolece de una fragilidad exterior pronunciada y acelerado crecimiento de su deuda doméstica. El servicio de la deuda externa y el déficit multiplicado de las cuentas de capital y de servicio acentúan la dependencia brasileña del capital extranjero. El espectro de las acciones financieras llevadas a cabo por el gobierno es, de esa manera, violentamente disminuido por el excedente primario expandido, necesario para pagar las deudas domésticas. Por lo tanto, la proliferación sostenida indispensable del desarrollo económico nacional supone la generación de excedentes comerciales externos profusos y un cambio de planes en lo que se refiere a la deuda.

El escenario externo es de alguna manera favorable (la expansión del comercio internacional y el mejoramiento relativo en los términos del comercio) y ha contribuido para la obtención de resultados económicos externos positivos, particularmente en el 2004. Las exportaciones agrícolas fueron la causa esencial de este progreso. Las ventas externas de la producción y distribución de productos y maquinarias agrícolas totalizó 39 billones de dólares en el 2004, 27% más que el año anterior. Estas exportaciones representan el 40% de la totalidad de exportaciones del Brasil, las cuales ayudaron significativamente al excedente de la balanza comercial del país.

De esta manera, el Brasil ha afirmado su posición como un importante exportador de mercancías agrícolas. De cualquier modo, la evolución reciente y favorable de los precios y la cantidad de productos exportados no nos debería permitir desconocer las importantes debilidades estructurales del sector agrícola brasileño, puesto que el escenario podría cambiar a cualquier momento. Algunos aspectos de esta

situación son especialmente preocupantes. Las exportaciones brasileñas agrícolas y ganaderas todavía se concentran en un número restringido de productos primarios, que se encuentran en una fase de crecimiento lento de su ciclo de vida (soya, café, azúcar, carne de res, carne de pollo y madera para pasta de papel). Las exportaciones del país en los sectores de productos agroindustriales, productos de calidad y productos con mayor valor agregado se han intensificado pausadamente. La posibilidad del crecimiento rápido de exportaciones permanece vinculada a una evolución favorable de los precios en el mercado internacional.

A la par con la integración brasileña a la escena de comercio internacional de producción y distribución de productos y maquinarias agrícolas, vino una especialización regresiva. El país entró en los setentas como exportador de artículos primarios y los dejó exportando productos agroindustriales. Con la globalización, sin embargo, las exportaciones brasileñas –los productos asociados a la soya, en especial- se están transformando en productos menos industrializados.

Producir internamente la maquinaria, el equipo y los insumos necesarios era una premisa para la modernización de la agricultura brasileña. No obstante, desde los noventas, el Brasil se está volviendo cada vez más dependiente de los insumos importados. Aparte de eso, la balanza comercial, relacionada con los insumos y el equipo agrícola, ha mostrado continuamente un déficit.

El factor principal de la competitividad de la agricultura del Brasil en el mundo es la gran disponibilidad de tierra, que permite al país expandir su producción rápidamente y a precios bajos. Esta ventaja competitiva, de cualquier modo, no es sustentable y ejerce una fuerte influencia en el medio ambiente. El hecho de que nuevas tierras estén siendo empleadas para la agricultura, sobre todo para el cultivo de soya (las áreas de soya aumentaron un 30% en las regiones del sur y sureste y 66% en la región central-oeste en los últimos tres años), contribuye a la deforestación (casi siete mil millas cuadradas de bosques se perdieron del 2002 al 2003). Las nuevas áreas de soya ocupan tierra anteriormente dedicada a la crianza de ganado, empujándolo a entrar en áreas con vegetación endémica. Varios estudios han tratado el impacto de la expansión de las tierras de cultivo de soya dentro del Brasil [IBGE, 2004; WWF, 2002].

De acuerdo con el Programa de Investigación Agricultura y Medio Ambiente, financiado por la WWF, "la producción de soya implica 32 billones de dólares al año, emplea cerca de 5.4 millones de personas y es un poderoso generador de intercambio externo. Sin embargo, este éxito comercial también ha traído consigo desequilibrios sociales, económicos y, particularmente, ambientales. La proliferación del cultivo de soya resultó en el uso de tierra virgen para la producción, así como la sustitución de otros productos por la soya. Además, las intensivas prácticas inadecuadas de cultivo han causado una seria degradación ambiental, como la erosión y pérdida de suelos fértiles, el secamiento y contaminación de ríos importantes, la desaparición de manantiales de agua y la reducción de la biodiversidad" [WWF, 2002]. El incremento de los precios en el mercado internacional y la expectativa de producir más, a un menor precio, motivados por la introducción de la soya genéticamente modificada, fueron los responsables del acrecentamiento de la producción. Habiendo decidido el gobierno brasileño estimular la producción de soya como una mercadería, el país se ha convertido actualmente en uno de los mayores productores de soya del mundo. La soya está básicamente destinada a la exportación, pues no es parte de los hábitos culinarios brasileños.

El cultivo de soya genéticamente modificada inició ilegalmente en el Brasil en 1997 y fue posteriormente legalizado en el 2003 por la "Medida Provisoria" (Decreto Presidencial) 223/04.

Según datos obtenidos por el Servicio Internacional de Adquisición de Métodos Agro-biotecnológicos, el área plantada con soya genéticamente modificada creció 66% en el 2004, alcanzando 31 mil millas cuadradas –consecuentemente seguida de un aumento en el uso de herbicidas. El área incluye aproximadamente 22% de todas las plantaciones de soya del país. Entre el 2003 y el 2004, el crecimiento en el uso de soya genéticamente modificada fue mayor en países en vías de desarrollo (35%) que en países desarrollados. El Servicio Internacional de Adquisición de Métodos Agro-biotecnológicos estimó que 90% de los hacendados que plantan soya genéticamente modificada son de países en vías de desarrollo y que la mayoría son productores familiares [Folha de São Paulo, 2005].

Esto es particularmente inquietante (sin tomar en cuenta todos los peligros potenciales de la diseminación en la naturaleza de plantas genéticamente modificadas), puesto que la semilla más ampliamente disponible de soya genéticamente modificada en el mercado (Soja RR-®), resistente al herbicida glifosato, y ambos, semilla y herbicida, son producidos y comercializados por Monsanto Co.

Al igual que los aspectos éticos contenidos en el cultivo / comercialización de plantas genéticamente modificadas, las posibles amenazas que éstas plantean para la salud humana y el medio ambiente han sido desatendidas. El riesgo para la biodiversidad, el incremento en el número y variedad de nutrientes en los cultivos alimenticios y el hecho de que los hacendados pueden tornarse dependientes de la biotecnología y los compuestos químicos producidos por ciertas compañías (por el comercio de semillas estériles y/o productos químicos que deben ser adquiridos cada año) es ignorada. También son descuidadas las dudas sobre el impacto de plantas genéticamente modificadas en la salud humana. Estas dudas incluyen: potencial alérgico, transferencia de genes –principalmente la relacionada con la resistencia del antibiótico desde los GMO a las bacterias y células de la zona intestinal o el intercambio de genes entre plantas genéticamente modificadas y no modificadas, lo cual encarna amenazas indirectas a la seguridad de la comida [Lancet, 2002]. El "Principio de Precaución" está siendo, por ende, desconocido y los aspectos del comercio económico y/o exterior están siendo utilizados como excusas. Así, se afianzan los intereses de las reglas del capital por sobre la salud de las poblaciones y la preservación del medio ambiente.

En el Brasil, el crecimiento de las exportaciones agrícolas no es compatible con el crecimiento en la cantidad de comida producida para el consumo doméstico. La mayor parte del tiempo, el crecimiento de la exportación –provocado por precios internacionales convenientes- eleva los precios domésticos, pero fomenta un mejoramiento en el sistema de producción. La demanda doméstica reducida no es una condición necesaria para la exportación, por el contrario, el bajo incremento de ésta, como sucede en la actualidad, amplía las diferencias entre la capacidad potencial de producción y la producción real y trae como resultado la progresiva dependencia de la agricultura doméstica, de la demanda externa.

De cualquier forma y pese a la capacidad de producción presente del sector agrícola brasileño, relevantes segmentos de la población tienen dificultades en el acceso regular y seguro a la comida que carecen. Esta contradicción muestra que, en lo que al Brasil se refiere, el acceso a la comida ya no es una cuestión de oferta y sí de demanda fundamentalmente, es decir, de la distribución de renta para garantizar a todos el acceso a comidas esenciales.

Otro aspecto a ser considerado acerca de la situación agraria brasileña es el "desarrollo de un excedente de trabajadores sin destino conocido, al no ser acompañado por un cambio en la estructura de la propiedad el colapso del multicultivo tradicional, que permitía una ocupación estable de la tierra. Dicho colap-

so no fue reemplazado por una agricultura moderna basada en fincas pequeñas, que también habría podido asegurar la ocupación estable de la tierra. Como consecuencia, las oportunidades de empleo se redujeron por la creciente mecanización y el proceso de urbanización se aceleró por la expulsión de trabajadores de las áreas rurales" [Benjamin & Al., 1998]. Una vez presentado lo anterior, enfrentamos el campo de batalla en el que esta realidad se confronta con otra, construida en los últimos 21 años y enraizada en la organización de trabajadores expulsados de la tierra por el capital. Éstos estaban organizados en el Movimiento de los Trabajadores Sin Tierra, el cual moviliza miles de trabajadores con un alto grado de organización y conciencia política. Su programa asume los siguientes objetivos generales:

1. Construir una sociedad sin explotación, en donde el trabajo ejerza el dominio sobre el capital.
2. Establecer que la tierra es de todos y sirve a la sociedad como un todo.
3. Asegurarse de que todos tengan empleo, con una justa distribución de la tierra, la renta y la riqueza.
4. Perseguir permanentemente la justicia social y la equidad de los derechos económicos, políticos, sociales y culturales.
5. Propagar valores humanistas y sociales en las relaciones sociales.
6. Luchar contra cualquier forma de discriminación social y buscar la participación igualitaria de las mujeres.

Una alternativa política para desafiar esta realidad fue la creación de una línea de crédito rural (línea de Acción PRONAF Crédito Rural) por el gobierno brasileño en 1995. Como parte del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF), pretende proveer un mejor soporte financiero a las actividades agrícolas desarrolladas por la labor directa del/de la granjero/a y su familia. La agricultura familiar en el Brasil emplea 75% de la fuerza laboral en áreas rurales y es responsable del 31% de todo el arroz producido, del 67% del fréjol y del 52% de la leche. Los granjeros familiares también fueron responsables del 1/3 de las 50 millones de toneladas de soya producidas en la última cosecha. Hasta el año 2000, el programa generó alrededor de cuatro millones de contratos y costó cerca de 10 billones de reales (aproximadamente 4 billones de dólares). El gobierno anunció alrededor de 7 billones de reales (2,8 billones de dólares) para sustentar la agricultura familiar en el 2004 y 2005.

Con el propósito de recoger datos para analizar el impacto de este proyecto, fueron entregados cuestionarios a familias con un ingreso de 220 dólares o menos. Estas familias eran dueñas de fincas pequeñas y habían o no obtenido ayuda financiera para el cultivo del 2000/2001. La encuesta abarcó 2.299 fincas pequeñas en 21 diferentes distritos municipales en ocho diferentes estados (Alagoas, Bahía, Ceará, Maranhão, Espírito Santo, Minas Gerais, Santa Catarina y Rio Grande do Sul) y mostró la conexión entre el PRONAF y, ambos, el incremento de erosión y el uso de pesticidas. Ninguna asociación posible entre el PRONAF y acciones para recuperar ambientalmente áreas deterioradas fue observada. El estudio recomendó, entre otras cosas, que el PRONAF fuese cuidadoso de los posibles daños humanos y medio ambientales conectados con acciones productivas y tecnológicas derivadas del uso intensivo de pesticidas. Por lo tanto, el estudió recomendó que el PRONAF no solamente financiase la producción, sino que, a su vez, estimulase un cambio en el sistema de producción y disminuyese la dependencia de los insumos extranjeros. Además, el estudio también observó que no existía ninguna aso-

ciación significativa entre el programa y el decremento de la pobreza en los establecimientos domésticos analizados [Kageyama, 2003].

La ligazón entre la acción llevada a cabo por el PRONAF y el incremento en erosión y el uso de pesticidas revela la falta de una dirección técnica especializada dada a estos trabajadores. Esto ha sido advertido en un sinnúmero de otros estudios [Moreira & Al., 2002], que al mismo tiempo se han manifestado en el sentido del elevado riesgo que representa para la salud humana y el medio ambiente. Veremos más adelante como esto se hace realidad, pues la responsabilidad sobre el uso correcto de los insumos está siendo transferida a los granjeros. El uso de los insumos habitualmente requiere una atención especial, que no ha sido aplicada y ha contribuido, por consiguiente, a la exposición humana más allá de los niveles aceptables.

El modelo de dependencia química adoptado en las políticas agrícolas brasileñas fue introducido, por primera vez en los sesentas y tuvo su auge en los setentas, a través del Plan Nacional de Defensas Agrícolas, el cual sustentó la modernización de la economía rural [Augusto, 2003]. Los gastos mundiales en pesticidas entre los años 1983 y 1997 escalaron de 20 a 34 billones de dólares por año [Yudelman; Ratta y Nygaard, 1998]. Estos pesticidas contaminan, según la Organización Mundial de la Salud, entre tres y cinco millones de personas cada año. El cuadro es aún más preocupante en países en vías de desarrollo como el Brasil, en donde el uso de tecnologías basadas en el uso intensivo de químicos ocurre sin una política claramente definida respecto a la comercialización, transportación, almacenaje, uso, medidas de seguridad y conocimiento de los riesgos asociados a su utilización. Consiguientemente, estos países consumen el 20% de todos los pesticidas usados en el mundo y albergan al 70% de todos los pacientes contaminados con estos productos.

América Latina es la región que más violentamente crece en el planeta en términos de pesticidas (aproximadamente 120%), en su mayor parte, gracias al Brasil, responsable de la mitad del uso total de la región. Entre 1964 y 1991, el uso de pesticidas del país subió 276,2%. Durante el mismo periodo, el área plantada creció tan sólo 76% [MMA, 2000]. Desde 1991 al 2000, el consumo de estos productos se amplió 400% y el área plantada, 7,5% [FAOSTAT, 2005].

El país gastó 28,4 millones de dólares importando pesticidas en 1989 solamente, lo cual supone cerca de cinco veces más de lo que se gastó en 1964 (5,12 millones de dólares), cuando estos productos comenzaban a aparecer en el mercado doméstico. Los gastos en razón a la importación de pesticidas incrementaron 638% entre 1990 y el 2000, aumentando de 41,6 millones de dólares a 256,8 millones de dólares, es decir, la mitad de los gastos de América Latina [FAOSTAT, 2005].

Al no tener conocimiento los granjeros de los riesgos implicados en el uso de pesticidas y consecuentemente ignorar las precauciones básicas de seguridad, la difusión de la utilización de estos productos resulta en severos niveles de envenenamiento humano y contaminación ambiental, algo que puede ser percibido en el Brasil. Esta situación es empeorada por la falta de restricciones a las ventas, por presiones fuertes de los distribuidores y productores y por los problemas sociales existentes en áreas rurales subdesarrolladas. Problemas que son agravados por la ausencia de asistencia técnica y/o supervisión. Los trabajadores agrícolas son duramente culpados del problema, empeorando el escenario de uno de los más serios problemas de la salud pública en áreas rurales, particularmente en naciones en vías de desarrollo [Pimentel, 1996].

Al igual que la severidad de muchos casos de envenenamiento en áreas rurales, los residentes cercanos y posiblemente hasta los moradores urbanos también son puestos en peligro, gracias a la contaminación ambiental y los residuos en la comida.

El impacto causado, por el uso de estos productos, en trabajadores rurales en el Brasil se refleja en datos publicados por el Ministerio de Salud: en el 2001 hubieron 7.900 casos de envenenamiento por pesticidas, de los cuales 5.384 (68,1%) ocurrieron en áreas rurales [SINITOX, 2001]. No obstante, estos datos fallan en reflejar la real dimensión de este problema, pues son publicados por Centros de Control de Envenenamiento localizados en focos urbanos; estos centros no se encuentran en muchas de las mayores áreas agrícolas y son, por ende, de difícil acceso para las comunidades rurales.

Algunos estudios, al evaluar los niveles de contaminación ocupacional por pesticidas en Brasil y centrarse en ciertos aspectos específicos [Almeida y García, 1991], mostraron niveles de contaminación humana que variaban del 3% al 23%. Tomando en cuenta el número de trabajadores rurales involucrados en actividades de cultivo y del trabajo en haciendas, en general, dentro del Brasil –estimados en alrededor de 18 millones (datos de 1996)- y aplicando el porcentaje más bajo de envenenamiento por pesticidas reportado en estos documentos (3%), el número de individuos contaminados por pesticidas en el país debería redondear los 540.000, con aproximadamente 4.000 muertes cada año.

Además, es necesario tomar en cuenta las posibilidades de exposición a largo plazo y efectos como disrupción/trastorno endocrino, efectos en el sistema nervioso, etc., que no fueron mencionados arriba.

Es importante subrayar que, con excepción de los grandes exportadores, las actividades de cultivo cerca de los grandes focos urbanos tienden a ser realizadas en fincas familiares de pequeña escala, en donde niños/as y adultos trabajan la tierra juntos. Esto pone a los niños/as y jóvenes en un significativo riesgo ambiental y ocupacional, por razón del envenenamiento por pesticidas. Esta situación suscita aún mayor preocupación, al saberse poco sobre los efectos prolongados de estos compuestos en el cuerpo humano en desarrollo o incluso en el cuerpo humano bajo circunstancias especiales (embarazo, etc.).

En el cultivo familiar son los hombres, con la significativa participación de niños y jóvenes, quienes ejecutan la labor. En cuanto al trabajo infantil, la participación de mujeres jóvenes también es importante.

Encuestas efectuadas en un área agrícola del estado de Río de Janeiro en el sudeste del Brasil (Cuadro 1, siguiente página), presentaron algunas de las características sociales, económicas y culturales de los trabajadores rurales en esta región. Los patrones son también observados en otras regiones del país.

De acuerdo con la Ley brasileña (NR 7) específicamente, cuando los exámenes de la actividad de la enzima colinesterasa resultan más bajos que el 75% del valor de referencia, éstos deberían ser repetidos; si esta figura es confirmada en el segundo examen, el individuo es considerado posiblemente envenenado. Aplicando este criterio para indicar el envenenamiento, un 12% de adultos y 17% de niños/as del grupo estudiado presentan bajo nivel de actividad de colinesterasa, que podría representar exposición. La posibilidad de envenenamiento no está excluida.

El mejoramiento en el nivel de educación es advertido, tanto como el incremento en el uso de ciertas precauciones básicas de protección individual. Sin embargo, es claro que subsiste una gran falta de entrenamiento y dirección sobre el manejo de estas substancias.

El hecho de que los trabajadores agrícolas son apropiadamente entrenados y guiados, asociado a las intensivas actividades de comercialización, sitúa la responsabilidad del uso y desecho adecuado de los pesticidas únicamente en los trabajadores rurales, lo que está llevando al envenenamiento humano y a la contaminación ambiental. Los bajos niveles de educación de los trabajadores rurales derivan en una grave carencia de conocimiento sobre la forma correcta de aplicar

CUADRO 1.
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES RURALES EN EL ESTADO DE RÍO DE JANEIRO EN EL SUDESTE DEL BRASIL [MOREIRA & AL., 2002.]

CARACTERÍSTICA	ADULTOS	NIÑOS/AS
Edad (promedio)	34.9 año (s.d =10.26)	13.6 año (s.d = 2.37)
Género (%)	85.2 (masc.); 14.8 (fem.)	69.7(masc.); 30.3(fem.)
Nivel de educación (%)	< 4 años – 32.1 4-8 años – 64.9 > 8 años – 3	< 4 años – 19.8 4-8 años – 76.1 > 8 años – 3.1
Uso de equipo de protección individual: (%) Máscaras Ropa (guantes, etc.)	37.7 (sí); 62.3 (no) 8 (f); 3(a); 89 (n) 5 (f); 2(a); 93 (n)	61.4 (sí); 38.6 (no) 13 (f); 5 (a); 82 (n) 8 (f); 3 (a); 89 (n)
Actividades (% involucrado) Preparación Aplicación Cosecha Transportación	 82.3 88.9 96.5 62.3	 33.3 75.8 75.5 22.4
Contacto de pesticida con la piel reportado (%)	98.6	78.0
Recibió algún tipo de entrenamiento en el manejo de pesticidas (%)	47.8	52.0
Síntomas después de la aplicación reportados (%)	47.8	34.0

f = frecuentemente; a = a veces; n = nunca

estos productos. Consecuentemente, ellos son casi completamente incapaces de comprender las instrucciones y, de ese modo, implementar las precauciones de seguridad. La industria se exime de cualquier responsabilidad en relación con sus estrategias agresivas de venta, depositando la culpa de los accidentes en el "procedimiento inseguro" del trabajador.

Comentarios Finales

El adoptar el modelo neoliberal de desarrollo no ha contribuido en minimizar las grandes problemáticas nacionales, en particular, la enorme desigualdad social y económica. Obedecer a los acuerdos internacionales, especialmente los referentes a las demandas del

capital financiero es priorizado sobre combatir los mayores problemas estructurales de nuestra sociedad. El hecho de que inmensos tramos de tierra permanecen en manos de unos pocos, sumado a la costante entrada de tecnología, expulsa a miles de trabajadores agrícolas hacia los centros urbanos. Esto contribuye a una urbanización caótica y acelerada y a un incremento significativo del desempleo y subempleo. Lo anterior, a su vez, asociado a la falta de inversión para el mantenimiento o el mejoramiento de la infraestructura social básica (como vivienda, sistemas de alcantarillado, acceso a comida sana, conservación de las vías, etc.) o su deterioramiento ha ayudado a empeorar al país social y económicamente.

Como se declara en el libro A Opção Brasileira (La Opción Brasileña): "lo que necesitamos, más que nada, es un cambio cultural. Con una autoestima baja y una crisis de identidad, no seremos capaces de construir un ambiente en que las grandes ideas puedan florecer y las opciones sean hechas realidad. Reflexionar sobre una forma alternativa es, en primera instancia, cuestionarse una vez más en cuanto a los fines que nuestras instituciones y economía deberían servir. Especificar los cinco principios con los cuales deberíamos estar comprometidos nos ayudaría a resolver el problema: compromiso con la soberanía, representando nuestra voluntad frente a nosotros mismos y al mundo para avanzar en el proceso de construcción de la nación, buscando alcanzar la autonomía en el proceso de toma de decisiones; compromiso con la fraternidad, con el propósito de erigir una nación de ciudadanos, erradicando cualquier exclusión social y las desigualdades en la distribución de la salud, de la renta, del poder y de la cultura; compromiso con el desarrollo, expresando la decisión de poner fin a la tiranía del capital financiero y dejando de ser una fuerza económica periférica; compromiso con la sustentabilidad, refiriéndose a la necesidad de procurar una nueva forma de desarrollo, no basado en ninguno de los modelos anteriores socialmente injustos y ambientalmente inviables, con el objeto de formar un vínculo con las futuras generaciones; y compromiso con la democracia ampliada, apuntando a la recomposición del sistema político brasileño, asentándolo sobre los cimientos de la participación amplia y la pluralidad, con el fin de reestablecer el valor de las funciones políticas en todos los niveles.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, WF & GARCIA, EG (1991). Exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos no Brasil. Rev. Bras. Saude Ocup., 19, 7 – 11.
- AUGUSTO. L.G.S (2003). Uso dos Agrotóxicos no Semi-árido Brasileiro. In: PERES, F. & MOREIRA, JC. (Org.) É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- BENJAMIN, C., ALBERI, J.A., SADER, E., STÉDILE, P.J., ALBINO, J. CAMINI, L., BASSEGIO, L., GREENHALGH. L.E., SAMPAIO, P. A., GONÇALVES, R., and ARAÚJO, T.B. (1998). A Opção Brasileira [The Brazilian Option], Contraponto Editora Ltd, Rio de Janeiro.
- FAOSTAT (2005). Agricultural Database. Geneva. Available: http://apps.fao.org/faostat/collections?version=ext&hasbulk=0&subset=agriculture
- FOLHA DE SÃO PAULO 01/13/2005. Available: http://www.folha.uol.com.br
- IBGE (2004). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável – Brasil 2004 [Sustainable Development Indexes – Brazil 2004]. Rio de Janeiro: IBGE. Available: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default.shtm
- KAGEYAMA, A (2003). Produtividade e Renda na Agricultura Familiar: Efeitos do PRONAF-Crédito, Agric. São Paulo, 50(2), 1-13.
- LANCET (2002). Editorial, 360 (9342), October.
- MMA (2000). Informativo MMA [Bulletin from the Ministry of the Environment], Número 15. Available: http://www.mma.gov.br/port/ascom/imprensa/marco2000/informma15.html
- MOLLO, M. L. R. and SAAD-FILHO, A (2004). The Neoliberal Decade: Reviewing the Brazilian Economic Transition. Available: http://netx.uparis10.fr/actuelmarx/m4mollo.htm
- MOREIRA, J.C.; JACOB, S. C., PERES, F., LIMA, J. S (2002). Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola de Nova Friburgo, RJ, Ciência e Saúde Coletiva, 7 (2), 299-312.
- PIMENTEL, D (1996). Green revolution agriculture and chemical hazards. The Science of the Total Environment, 188(1):586-598.
- SINITOX (2001). Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Base de Dados – Tabulação Nacional. Available: http://www.cict.fiocruz.br/intoxicacoeshumanas/index.htm
- WWF (2002). Programa Agricultura e Meio Ambiente [Agriculture and Environment program]. Brasília: WWF-Brasil. Available: http://www.wwf.org.br/projetos/default.asp?module=tema/programa_agricultura.htm
- YUDELMAN, M., RATTA, A. & NYGAARD, D (1998). Pest management and food production looking to the future. Food, Agriculture and Environment Discussion Paper 25. Washington: IFPRI. Available: http://www.ifpri.org/2020/dp/dp25.pdf

13 Las Políticas del Agua en América Latina: Entre el Ajuste Hídrico y la Resistencia Popular

Alex Zapatta

Este trabajo parte de la tesis de que, la orientación de las políticas en materia de recursos hídricos y, en general, de los modelos de gestión pública del agua, están determinados por la conjunción de dos factores:

a) Por el carácter de la formación económica y social de los países de América Latina; y,

b) Por la lógica del modelo de acumulación vigente en nuestras sociedades. Modelo que en la actualidad se expresa en políticas de ajuste estructural de orientación neoliberal.

Por los límites y alcances de este trabajo, el análisis se centrará en las políticas de ajuste en materia de aguas en América Latina.

En el marco de la aplicación de políticas ajuste y estabilización, fomentadas por las instituciones multilaterales de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo Monetario Internacional), desde mediados de los años 80, pero con fuerza en los años 90, en América Latina toda – con la ya tradicional y honrosa excepción de Cuba -, se ha establecido un marco legal que, en materia de aguas, se ha orientado a implementar políticas de ajuste en materia de aguas, a esto se ha denominado "el ajuste hídrico".

Para el efecto, de forma artificiosa, pero muy sutil, los expertos del ajuste han logrado que los cuerpos constitucionales y legales, diferencien tres niveles:

a) El del dominio sobre los recursos hídricos. En toda la legislación de América Latina, las aguas están jurídicamente caracterizadas como "bienes nacionales de uso público".

b) El de los derechos de uso y aprovechamiento de las aguas, aspecto sobre el cual, en América Latina hay una variedad de modalidades que van desde el otorgamiento de derechos fuertemente regulados por el Estado, hasta aquellos cuyo otorgamiento está regulado por las lógicas del mercado -el caso chileno es el más característico-.

c) El de la prestación de los servicios públicos que se desprenden del aprovechamiento del agua, tales como para riego, consumo, saneamiento, hidroelectricidad, etc. – en donde, la legislación de América Latina combina la posibilidad de establecer servicios de prestación directa (Estado) con la posibilidad de establecer servicios con prestación indirecta (empresa privada).

Seguidamente, se hace una revisión muy sintética de cada uno de estos tres niveles.

El dominio de los recursos hídricos

En cuanto al dominio de las aguas, de acuerdo a la mayoría de las legislaciones consultadas en países de América Latina, se reconoce respecto del dominio de las aguas el carácter de bienes de dominio público, bienes nacionales, esto es, aquellos bienes cuyo dominio y uso pertenece a la nación toda. [Cubillos, 1994]

Además, se les agrega el calificativo de que las aguas son inalienables e imprescriptibles, significando esto que no pueden venderse ni tampoco se pierde su naturaleza jurídica de bienes nacionales, aunque exista un uso sostenido en el tiempo por particulares. [Cubillos, 1994]

Tal declaración, por lo general consta en las constituciones políticas, siendo función de las leyes de agua instrumentalizar tal declaración.

Sobre este particular, conviene resaltar la reforma constitucional que se aprobó en el Uruguay mediante consulta popular. Con el objeto de frenar la privatización de los servicios públicos de agua y saneamiento y afirmar la soberanía nacional sobre las aguas, se incorporó importantes reformas al texto constitucional, cuyo parte medular señala que: las aguas superficiales, así como las subterráneas, con excepción de las pluviales, integradas en el ciclo hidrológico, constituyen un recurso unitario, subordinado al interés general, que forma parte del dominio público estatal, como dominio público hidráulico.

Los derechos sobre el uso y aprovechamiento de las aguas

El otorgamiento de los derechos de uso y aprovechamiento es realizado por el Estado a los particulares, mediante actos administrativos (asignaciones, adjudicaciones, concesiones, autorizaciones, permisos, licencias, etc.).

Se confieren en función de distintos criterios: prioridades de uso (consumo humano, abrevadero de animales, usos productivos, etc.), consumo del agua (consuntivo, no consuntivo), intensidad del uso (permanente o eventual), etc.

Estos derechos se definen en volumen (litros por segundo, generalmente) y en tiempo (ocasionales, de plazo determinado o plazo indeterminado).

Todo otorgamiento de derechos de uso y aprovechamiento establece el objeto de tal otorgamiento (para abastecimiento de agua de tal población, para abrevadero de animales de tal hato, para riego de el predio X, para uso de la fábrica L, etc.).

Generalmente el otorgamiento de los derechos de uso y aprovechamiento de aguas acarrea la obligación de servidumbre para los predios situados entre el lugar de captación de las aguas y el sitio de aprovechamiento de las mismas. Tales servidumbres son naturales o forzosas.

Estos derechos no son absolutos: están condicionados al cumplimiento de ciertos mandatos y criterios, cuya inobservancia puede implicar la pérdida del derecho (posible revocatoria).

Hasta aquí, esos son, en general, los atributos que tienen los derechos de uso y aprovechamiento en las diferentes legislaciones de América Latina.

Las diferencias de fondo, entre una legislación que garantiza una fuerte regulación de estos derechos por parte del Estado y otra, cuya orientación es que estos derechos sean regulados por el mercado, está en la condiciones y limitaciones de dichos derechos de uso y aprovechamiento.

¿Cuáles son las características que aseguran un mercado de derechos de agua?, según Holden y Thobani, estas características son las siguientes: [Holden y Thobani, 1995]

ELEMENTOS DE LOS REGÍMENES DE DERECHOS DE AGUA NEGOCIABLES

- Son seguros y pueden negociarse legalmente con arreglo a las directrices establecidas por un marco regulador institucional y legal.
- Los derechos de agua están separados de los derechos sobre la tierra y, por lo tanto, pueden negociarse separadamente.
- Es una situación ideal, habría que dejar que los derechos de agua se vendieran a cualquiera, para cualquier fin y a precios libremente negociados.
- A veces, los países imponen restricciones tales como las de exigir que el comprador utilice el agua para algún fin beneficioso o que esos derechos sean vendidos únicamente a un organismo público a un precio fijado por el Estado.
- Los titulares de los derechos de agua negociables deben cumplir leyes y reglamentos tales como los relativos a la calidad del agua, y velar por que se mantenga un cierto caudal mínimo para fines ambientales y recreativos, así como porque los derechos de agua de terceros no se vean perjudicados por las transacciones del mercado.
- Los derechos de agua negociables pueden ser dirigidos en forma volumétrica como una proporción del caudal o del volumen de agua en un embalse, o por un traspaso.
- La aplicación puede hacerse usando los mismos medios e instituciones que se usan para regular los derechos de agua tradicionales.
- Los derechos se anotan en un registro público.

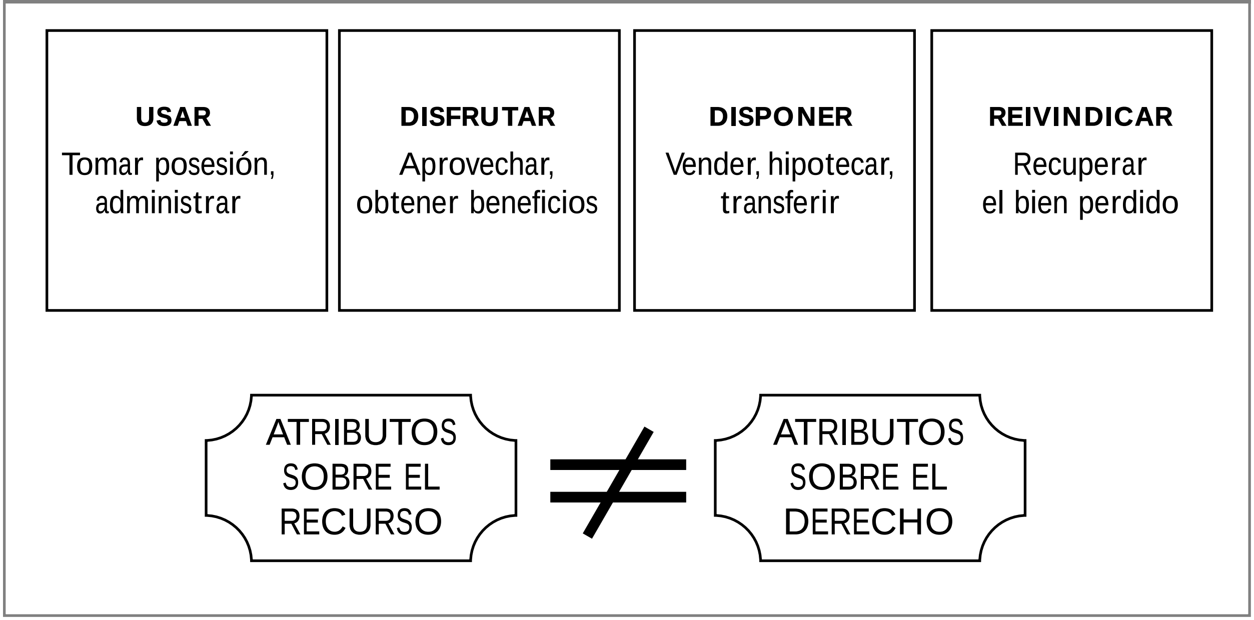
Tales elementos, de incorporase en los marcos legales de los países latinoamericanos, implicaría el reconocimiento de los derechos de uso y aprovechamiento de las aguas como derechos reales. Tal es planteamiento de la abogada peruana Ada Alegre Chang quien, en la línea del "ajuste hídrico", cree que los atributos que deben tener los derechos de uso y aprovechamiento de las aguas son los mismos que tiene cualquier derecho real, esto es:

- Derechos sobre bienes
- Deben ser respetados por todos
- Diferentes de los derechos personales
- Requieren estar inscritos en un Registro Público
- En relación a los recursos naturales, usualmente se establecen a través de la "concesión" y la "asignación".
- Facilitan la creación de un mercado de derechos

En general, la legislación civil se refiere a los derechos reales como aquellos que tenemos sobre una cosa sin respecto a determina persona. Son derechos reales: el de dominio, el de herencia, los de usufructo, uso o habitación, los de servidumbres activas, el de prenda y el de hipoteca. De estos derechos nacen las acciones reales. [Artículo 614 del Código Civil Ecuatoriano]

En ese sentido, se pregunta Chang, ¿qué atributos pueden tener los derechos de uso y aprovechamiento de las aguas?. Su respuesta es: derechos de uso, de disfrute, de disposición y de reinvindicación. [Chang, 2003]

¿QUÉ ATRIBUTOS PUEDEN TENER LOS DERECHOS SOBRE EL AGUA?



Elaborado por Ada Alegre Chang.

La prestación de los servicios públicos que se desprenden del aprovechamiento de las aguas

Uno de los ejes de las políticas de ajuste estructural ha sido la de privatizar los servicios públicos. Proceso éste que, con matices, se ha verificado en la mayoría de los países de América Latina.

Para instrumentalizar tales políticas, se volvió necesario reformar las constituciones y leyes correspondientes. En el nuevo marco constitucional y legal se establece que la prestación de servicios públicos como los de agua para consumo, saneamiento, riego, electricidad, etc., son responsabilidad del Estado. Tal responsabilidad podrá ejercerlo directamente o, indirectamente, por delegación a la empresa privada. En este caso, se han previsto varios mecanismos legales: transformación de empresas públicas en empresas mixtas; o, concesión y privatización de las empresas públicas, etc. Las modalidades han variado de un sector a otro y, desde luego, de un país a otro.

Para demostrar las diversas opciones, podrí decirse "personalizadas", de privatización de los servicios de agua potable y saneamiento, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), exhibe un menú de experiencias "exitosas" - a ser imitadas -: [Traverso, 2004]

EXPERIENCIAS DE VITRINA DEL BID	
CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN Cartagena de Indias (Colombia) Lara (Venezuela) Monagas (Venezuela)	CONTRATOS DE CONCESIÓN La Paz (Bolivia), Montería (Colombia) Buenos Aires (Argentina), Santa Fé (Argentina) Guayaquil (Ecuador)
TERCIARIZACIÓN Georgetown (Guyana) Pereira (Colombia)	VENTA DE ACTIVOS Santiago de Chile Valparaíso (Chile)

Los tratados de libre comercio y el agua

La eventual constitución de un Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), implicaría un dramático acentuamiento del "ajuste hídrico" en la Región.

En materia de aguas, los principios del "libre comercio" esgrimido por los Estados Unidos, se orientan a[1]:

- La constitución de un mercado continental de aguas, que incluya la posibilidad de exportaciones de agua.

- La incorporación de mecanismos comerciales tendientes a que el Estado pierda el control público sobre las aguas.

- El trato favorecido a las empresa estadounidenses, similar al que se da cualquier empresa nacional, públi-

1. Tomado de una ponencia de Maude Barlow publicada en Internet bajo el título de "El ALCA una amenaza para los programas sociales, la sostenibilidad del medio ambiente y la Justicia Social en las Américas". Revista CONTRAPUNTO. Red SAPRIN. Número 9. Quito, 2001.

ca o privada, que quiera aprovechar el agua con fines comerciales.

Si bien las posibilidades de implementación del ALCA parecen cada vez más remotas –por la resistencia popular a lo largo y ancho de todo el Continente, así como por el ascenso de gobiernos con tendencia de izquierda en América Latina –, no debe perderse de vista que esos principios están incorporados en los textos de los tratados de libre comercio – los TLC- que Estados Unidos está suscribiendo con países de la Región.

En la misma tendencia del comercio del agua, está el Acuerdo General de Comercio en Servicios (GATS) de 1994, de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que estimó el lucrativo mercado mundial en servicios en 3.5 trillones de dólares en salud, en 2 trillones de dólares en educación y, en 1 trillón de dólares en servicios de agua[2].

La resistencia popular al "ajuste hídrico"

En el menú del BID insertado anteriormente, no se hace referencia, desde luego, al rechazo que provocó la privatización del servicio de provisión de agua en El Alto (Bolivia) donde recientemente se generó una insurrección popular que demandó la expulsión de la empresa "Aguas del Illimani", filial de la multinacional Suez – Lyonnaise. Tampoco se hace mención al rechazo que generó en Cochabamba, también en Bolivia, la presencia de la compañía "Aguas del Turini", filial de otra multinacional, la Bechtel; rechazo popular que se expresó en una formidable insurrección que logró la expulsión de la empresa "concesionaria". Véase la siguiente ficha:

PRIVATIZACIÓN DEL SERVICIO DE AGUA EN COCHABAMBA – BOLIVIA

- Privatizado en 1999, concesión por 30 años
- Empresa beneficiaria: "Aguas del Turíni" con capitales de la Bechtel (USA)
- Incremento de tarifas (200%)
- Inversiones no cumplidas
- Fuentes de agua campesinas usurpadas
- Contrato no respeta la presencia de sistemas locales barriales de captación y distribución de aguas. La Bechtel es expulsada en Abril del 2000, como resultado de una revuelta social
- Actualmente se ventila un juicio en el CIADI (Banco Mundial)

Elaboración: Juan Carlos Alurralde (2004)

El menú del BID no hace referencia tampoco, al proceso que vivió la Argentina en los años 90. Tal proceso de privatización de los servicios públicos mereció el siguiente comentario de una estudiosa argentina:

En Argentina se ha llevado a cabo el proceso de privatización mas exhaustivo de la región y ahora estamos viendo las consecuencias. Empresas que no cumplieron con las inversiones, aumentos de tarifas y demandas millonarias ante el CIADI en virtud de la existencia de los BITs. [Fairstein, 2004]

El CIADI, es una instancia de resolución extrajudicial de conflictos entre las empresas transnacionales

2. Campaña "Agua para todos". Public Citizen: www.wateractivist.org

y los estados receptores de inversiones de esas empresas. El CIADI está en la esfera del Banco Mundial. Las resoluciones del CIADI, como no podría ser de otra manera, por lo general son favorables a las empresas transnacionales.

Si se revisa los casos sometidos al CIADI por conflictos derivados entre el Estado argentino y las empresas que se beneficiaron de los procesos privatizadores durante el menemato, se puede apreciar que el 19% de los casos hacen relación a los servicios de agua y saneamiento. Véase el siguiente cuadro: [Alurralde, 2004]

CASOS SOMETIDOS AL CIADI QUE INVOLUCRAN AL ESTADO ARGENTINO

SERVICIOS	PORCENTAJE
Petróleo y gas	37%
Electricidad	22%
Puertos	3%
Agua y saneamiento	19%
Servicios informáticos	6%
Otros no privatizados	13%
Total	100%

Fuente: Juan Carlos Alurralde (2004)

El gobierno de Néstor Kirchner emprendió un proceso de reestatización de los servicios de agua concesionados por el gobierno de Menem. Desde luego, el camino de la reestatización no es tan sencillo como se quisiera

... en aquellos lugares donde el servicio paso de manos privadas a manos publicas, como en Tucumán, (en donde sucedió algo bastante similar en términos de prestación del servicio que lo sucedido en Cochabamba) debido a la falta de financiamiento la empresas cae nuevamente en la lógica del BID y el Banco Mundial, que condicionan el otorgamiento de prestamos a una serie de condiciones que van en la línea de la privatización. [Fairstein, 2004]

Por otro lado, es de suponerse que el BID y el Banco Mundial preferirán guardar silencio absoluto ante el rotundo éxito del pueblo uruguayo, que ganó una consulta para reformar la Constitución Política del país oriental, con lo cual se garantiza un giro importante a la política nacional en el sector agua y saneamiento. El 31 de octubre de 2004, más del 60% de la ciudadanía votó a favor del proyecto de Reforma Constitucional, impulsado por la Comisión Nacional en Defensa del Agua y la Vida. Por la importancia de este logro popular, se transcribe el texto de la Reforma que fue incorporada en la Constitución Uruguaya:

Artículo 47. Agréguese:

El agua es un recurso natural esencial para la vida. El acceso al agua potable y el acceso al saneamiento, constituyen derechos humanos fundamentales.

1) La política nacional de Aguas y Saneamiento estará basada en:

a) el ordenamiento del territorio, conservación y protección del Medio Ambiente y la restauración de la naturaleza.

b) la gestión sustentable, solidaria con las generaciones futuras, de los recursos hídricos y la preservación del ciclo hidrológico que constituyen asuntos de interés general. Los usuarios y la sociedad civil, participarán en todas las instancias de planificación, gestión y control de recursos hídricos; estableciéndose las cuencas hidrográficas como unidades básicas.

c) el establecimiento de prioridades para el uso del agua por regiones, cuencas o partes de ellas, siendo la primera prioridad el abastecimiento de agua potable a poblaciones.

d) el principio por el cual la prestación del servicio de agua potable y saneamiento, deberá hacerse anteponiéndose las razones de orden social a las de orden económico. Toda autorización, concesión o permiso que de cualquier manera vulnere estos principios deberá ser dejada sin efecto.

2) Las aguas superficiales, así como las subterráneas, con excepción de las pluviales, integradas en el ciclo hidrológico, constituyen un recurso unitario, subordinado al interés general, que forma parte del dominio público estatal, como dominio público hidráulico.

3) El servicio público de saneamiento y el servicio público de abastecimiento de agua para el consumo humano serán prestados exclusiva y directamente por personas jurídicas estatales.

4) La ley, por los tres quintos de votos del total de componentes de cada Cámara, podrá autorizar el suministro de agua, a otro país, cuando éste se encuentre desabastecido y por motivos de solidaridad.

Artículo 188.- Agréguese:

Las disposiciones de este artículo (referidas a las asociaciones de economía mixta) no serán aplicables a los servicios esenciales de agua potable y saneamiento.

Disposiciones Transitorias y Especiales.- Agréguese la siguiente:

Z'') La reparación que correspondiere, por la entrada en vigencia de ésta reforma, no generará indemnización por lucro cesante, reembolsándose únicamente las inversiones no amortizadas.

Al estilo del menú del BID, podría hacerse un "menú" de las múltiples formas de resistencia popular al "ajuste hídrico" en América Latina, desde las experiencias de las poblaciones de manejo comunitario de sistemas de agua y de conservación de recursos hídricos en todos los países de Nuestra América, pasando por la experiencia ecuatoriana del Foro de los Recursos Hídricos, por la experiencia de las grandes movilizaciones de activistas en México, Centro América, Brasil, Argentina, por las experiencias de carácter insurreccional en Bolivia, hasta llegar a la experiencia uruguaya de reforma constitucional.

Una plataforma latinoamericana para enfrentar el "ajuste hídrico"

En Agosto del 2003, en San Salvador (El Salvador), organizaciones y movimientos sociales de América Latina, Canadá y Estados Unidos dejaron constancia de su rechazo a los procesos de privatización de los recursos hídricos y servicios de agua, haciendo, al mismo tiempo, los siguientes planteamientos:

1. La gestión de los recursos hídricos debe basarse en principios fundamentales como la justicia social, sustentabilidad, universalidad.

2. El agua es un bien público y derecho humano fundamental e inalienable, que debe ser promovido y protegido por todas y todos.

3. El agua no es una mercancía y ninguna persona o entidad tiene el derecho de enriquecerse con ella, por consiguiente el agua no debe ser privatizada.

4. El agua debe ser protegida de todas las actividades humanas contaminantes, especialmente de la minería y los procesos industriales y agroindustriales. Es

imperativa la protección de los sistemas ecológicos y el manejo integral del recurso.

5. El agua debe ser totalmente excluida de las negociaciones de la OMC, el ALCA y los TLC, y no debe ser considerada como materia de 'bienes', 'servicios' o 'inversiones' en ningún acuerdo internacional, regional o bilateral.

6. Se están implementando proyectos de desarrollo de agua a gran escala, como las mega represas, que no son sostenibles ni ecológica ni socialmente; por tanto, deben buscarse alternativas que respeten los derechos de las personas y comunidades, asegurando una plena participación social.

7. Reconociendo la inequidad existente entre hombres y mujeres en el acceso, manejo y derechos en relación a los recursos hídricos y agua potable, se debe desarrollar una política y prácticas que eliminen tales inequidades.

8. Un futuro con disponibilidad segura de agua depende del reconocimiento, respeto y protección de los derechos de las poblaciones indígenas, campesinas y pesqueras y de sus conocimientos tradicionales.

9. Se demanda que los sistemas públicos de agua sean protegidos, revitalizados y reforzados para que mejoren su nivel de calidad y eficiencia. En todos ellos debe asegurarse la participación de los trabajadores y trabajadoras y de la comunidad, para democratizar la toma de decisiones, asegurar la transparencia y la rendición d cuentas.

10. En el caso de los sistemas comunales de agua, urbanos y rurales, deben formularse e implementarse políticas públicas que apoyen el desarrollo y sostenibilidad económica, social, y ambiental de tales proyectos, respetando la autonomía y derechos de las comunidades.

11. Rechazo a los condicionamientos que imponen los organismos financieros internacionales para otorgar préstamos dirigidos a la gestión del agua, violando la soberanía de nuestros pueblos.

He aquí una plataforma para enfrentar el "ajuste hídrico" desde las organizaciones populares, los movimientos sociales y los sectores progresistas de toda Nuestra América.

AGUAS

Dicen que el agua será imprescindible
mucho más necesaria que el petróleo
los imperios de siempre por lo tanto
nos robarán el agua a borbotones
los regalos de boda serán grifos
agua darán los lauros de poesía
el novel brindará una catarata
y en la bolsa cotizarán las lluvias
los jubilados cobrarán goteras
los millonarios dueños del diluvio
venderán lágrimas al por mayor
un capital se medirá por litros
cada empresa tendrá su remolino
su laguna prohibida a los foráneos
su museo de lodos prestigiosos
sus postales de nieve y de rocíos
y nosotros los pálidos sedientos
con la lengua reseca brindaremos
con el agua on the rocks

Mario Benedetti

REFERENCIAS

- ALURRALDE, JUAN CARLOS (2004). Ponencia presentada en el Tercer Encuentro Nacional del Foro de los Recursos Hídricos. Quito, Noviembre.
- ARTÍCULO 614 DEL CÓDIGO CIVIL ECUATORIANO
- CHANG, ADA ALEGRE (2003). Ponencia presentada en el Foro de las Américas. La Paz, Diciembre.
- CUBILLOS, GONZALO (1994): "Bases para la formulación de leyes referidas a recursos hídricos". CEPAL. Santiago de Chile.
- DECLARACIÓN DE SAN SALVADOR "POR LA DEFENSA Y EL DERECHO AL AGUA" (2003). Agosto 22.
- FAIRSTEIN, CAROLINA (2004). correo electrónico.
- HOLDEN Y THOBANI (1995). Citado en un documento del BID elaborado por GARCÍA, Luis E.: Manejo integrado de los recursos hídricos en América Latina y el Caribe. Informe Técnico Washington DC., 1998.
- TRAVERSO, VÍCTOR (2004). Ponencia presentada en nombre del BID, Quito.



Agresi n Cultural, Uniculturalidad y Salud

14 La Lucha Zapatista y la Salud Agresión Cultural, Resistencia y Poder Indígena

Catalina Eibenschutz y Marcos Arana

Antecedentes

El levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en enero de 1994, sorprendió al mundo por múltiples razones, por ser mayoritariamente indígena, porque fue de una originalidad impresionante, por usar las armas de una manera diferente y por aprovechar la moderna tecnología de las comunicaciones para darse a conocer. Por otra parte desafió al Gobierno y pidió la renuncia del Presidente Carlos Salinas, declaró la Guerra al Ejército Mexicano, se manifestó contra la toma del poder político y se dirigió a la sociedad civil como su interlocutor principal.

Corrieron en México toda clase de rumores al respecto de su origen, todos ellos fueron desapareciendo conforme avanzaba su lucha y se aceptaba el diálogo, la guerra armada fue sustituida por la de Baja Intensidad y once años después los indígenas chiapanecos y otros muchos en otros países siguen luchando por su reconocimiento como pueblo con identidad propia. El EZLN continúa siendo referencia para muchos movimientos sociales e indígenas del mundo y principalmente de Latinoamérica.

Muchos investigadores y analistas señalan entre las causas del levantamiento, la discriminación, la pobreza, la marginación, la explotación y el intento de incorporarlos a la cultura mestiza sin respetar la suya propia. [González Esponda y Pólito, 1995; González Casanova, 1995; Harvey, 2000; Barabas, 2000] Entre las demandas del EZLN está el reconocimiento a su identidad y cultura propias, re-

conocimiento a la autonomía (sin separación) y la libre determinación, [Blanco, 1996] el derecho a la vivienda, la salud, el territorio, etc. Su lucha tuvo impacto mundial contra el neoliberalismo, sus frases se hicieron famosas: Ya Basta, un mundo en que quepan todos los mundos, mandar obedeciendo, todo para todos, y muchas más que identifican las luchas indígenas de nuestro Continente.

De esta manera se enfrentaron abiertamente dos racionalidades, la neoliberal excluyente y la indígena incluyente, la neoliberal asentada en los mercados y la indígena en la dignidad, la neoliberal generando enfermedad y la indígena luchando por su salud.

¿Qué ha pasado con el EZLN se preguntan muchos? Ya no hay comunicados del Sub Marcos tan frecuentes como en años anteriores, ya no hay noticias que ocupen las primeras páginas de los periódicos. ¿Que pasa con ellos, existen todavía?

La respuesta es: existen, luchan y atienden su salud y desarrollan su cultura, se organizan cada vez mejor alrededor de su autonomía y de sus Juntas de Buen Gobierno (JBG)

Propósito

En este trabajo nos proponemos describir y analizar las tensiones, contradicciones y resultados inesperados que se fueron dando en la práctica social y de la salud a lo largo de la lucha zapatista y la de aquellos ciudadanos no indígenas que acompañamos de cerca la lucha por la salud del EZLN y del Movimiento Zapatista en Chiapas.

En concreto, nos proponemos relatar en forma no exhaustiva algunos hechos que se fueron sucediendo en la lucha por la salud de algunos pueblos indios de Chiapas después del levantamiento zapatista. Las preguntas que guiaron nuestra experiencia y nuestras reflexiones son:

- ¿Qué pasa con la salud cuando el pueblo decide tomar las riendas de su propia historia[1]?
- ¿Qué tensiones se desatan, cómo se resuelven, cómo se superan?
- ¿Qué significó la política de la resistencia para replantear las políticas públicas? Aunque esa no fuera su intención.
- ¿Cómo se han entrelazado las acciones de algunos actores en el terreno de la lucha zapatista por la salud?

Es necesario reconocer que la lucha por la salud, ha sido una constante en las poblaciones indígenas de México desde hace muchos años; años en que los pueblos indios han sido víctimas de la discriminación, la exclusión del Proyecto Nacional mestizo propuesto por la Revolución Mexicana en 1910 y también de la atención médica estatal (con algunas excepciones).

En el estado de Chiapas, concretamente en la zona de la Selva Lacandona, la atención a la salud estaba a cargo de los llamados "promotores de salud" que fueron entrenados por toda clase de Instituciones, Universidades, la Secretaría de Salud, organizaciones civiles, la Iglesia, etc. Las comunidades indígenas construyeron sus propias clínicas y casas de salud desde muchos años antes del levantamiento zapatista; es más, las reivindicaciones que aparecen en la Primera Declaración de la Selva Lacandona [EZLN, 1994] en cuanto a la salud, fueron el producto de la participación misma de estas comunidades que ya venían invirtiendo y trabajando en el cuidado de su salud.

Hay pocos estudios sobre la situación de salud de las comunidades indígenas zapatistas que hayan si-

Entendemos como tomar las riendas de su propia historia, tener un sentido y un proyecto de futuro, planteado desde su propia historia.

do publicados, pero dada la situación de pobreza y marginación en la que vivían y la ausencia de servicios de salud, hacían que los datos fueran poco confiables. Uno de los primeros estudios específicos publicados después del levantamiento [Blanco, Rivera, López , 1996] califica la situación como de emergencia permanente.

Tal vez uno de los mejores diagnósticos de salud, fue hecho por el Subcomandante Marcos el 18 de enero de 1994, a sólo 16 días del levantamiento, en su comunicado llamado ¿de qué nos van a perdonar? y del cual extraemos algunas partes

"...¿Quién tiene que pedir perdón y quien puede otorgarlo? ¿Los que, durante años y años, se sentaron ante una mesa llena y se saciaron mientras con nosotros se sentaba la muerte, tan cotidiana, tan nuestra que acabamos por dejar de tenerle miedo?..........¿los muertos, nuestros muertos, tan mortalmente muertos de muerte "natural", es decir, de sarampión, tos ferina, dengue, cólera, tifoidea, mononucleosis, tétanos, pulmonía, paludismo y otras lindezas gastrointestinales y pulmonares?¿Nuestros muertos tan mayoritariamente muertos, tan democráticamente muertos de pena porque nadie hacia nada.........sin que nadie dijera, por fin, el ¡YA BASTA! ....? ¿Quien tiene que pedir perdón y quien puede otorgarlo? Subcomandante Marcos 1994.

Después del Levantamiento

Es necesario recordar que las confrontaciones armadas duraron solamente doce días (1° enero a 12 enero 1994) debido a que durante este tiempo, hubo grandes manifestaciones de la sociedad civil[2] en las que se exigía al entonces Presidente Carlos Salinas suspender la guerra y dialogar. El EZLN aceptó la suspensión de las acciones armadas para dialogar, al mismo tiempo que iniciaba también un proceso de interlocución con la sociedad civil.

En marzo de 1994, el EZLN y el Gobierno Federal establecieron una serie de conversaciones de paz en la catedral de San Cristóbal de las Casas, que al inicio parecían prometedoras y que fueron indudablemente un foro importante para que gente de todo el país y del mundo entero conociera mejor la naturaleza indígena del movimiento y la validez de sus demandas. Sin embargo, el asesinato del candidato del Partido Revolucionario Institucional a la Presidencia de la República precipitó la desconfianza de los zapatistas y el fracaso de las conversaciones. Como una respuesta ante esta nueva situación, los zapatistas lanzaron una nueva ofensiva. En esta ocasión, sin embargo, se trató de un llamado a sus bases y simpatizantes a la desobediencia civil, la cual ha constituido, desde entonces, la principal estrategia de lucha del EZLN:

"...Nada aceptaremos que venga del corazón podrido del mal gobierno, ni una moneda sola, ni un medicamento, ni un grano de alimento, ni una migaja de las limosnas que ofrece a cambio de nuestro digno caminar. No recibiremos nada del supremo gobierno. Aunque aumenten nuestro dolor y nuestra pena; aunque la muerte siga con nosotros en mesa, tierra y lecho; aunque la pena llore hasta en las piedras. No aceptaremos nada. Resistiremos..."[3]. [EZLN, 1994]

Como resultado casi inmediato, el personal de salud de las instituciones oficiales fue expulsado de las localidades zapatistas y fueron cerrados los puestos de salud. Los zapatistas hicieron un llamado a las organizaciones civiles nacionales e internacionales a que apo-

2. Una de estas manifestaciones fue la primera expresión de resistencia civil durante el conflicto, cuando el 9 de enero de 1994, casi mil manifestantes en contra de los enfrentamientos marcharon desde San Cristóbal de las Casas, vestidos de blanco para colocarse en medio de los dos ejércitos y forzar un alto al fuego en lugares que estaban siendo fuertemente atacados por el Ejército.

3. EZLN, Segunda Declaración de la Selva Lacandona, Junio de 1994.

yaran el establecimiento de un sistema de atención sin la participación gubernamental.

La fuerza de la resistencia civil dio origen a un enemigo formidable y de gran eficacia propagandística, imposible de ser enfrentado con las armas. No es exagerado afirmar que en la actualidad, la capacidad de presión o negociación que posee el EZLN radica casi exclusivamente en la resistencia, desplazando su capacidad militar a un plano muy secundario. [Arana, 1999]

La eficacia de esta estrategia consiste principalmente en la incapacidad de los gobiernos para enfrentarla o contenerla. Esta forma de lucha pacífica constituye la esencia de la Biopolítica, que de manera progresiva, numerosos grupos de activistas de todo el mundo están adoptado para enfrentar a los grandes poderes políticos y económicos hegemónicos. En gran medida, la resistencia del EZLN ha inspirado a los grupos ambientalistas y contrarios a la globalización de la economía. La lucha de éstos, a su vez, retroalimenta y refuerza el discurso zapatista de resistencia y le brinda una plataforma de apoyo internacional.

Las acciones de fuerza utilizadas por el Ejército Federal tuvieron un efecto contraproducente, ya que, en la medida en la que aumentaban los controles, los patrullajes y los puestos militares, la resistencia civil se afianzaba y ganaba legitimidad.

Sin embargo, el 9 febrero de 1995, el entonces presidente Ernesto Zedillo ordenó un operativo militar de gran envergadura que dio origen a una fuerte presencia del Ejército en las comunidades indígenas, con la subsiguiente pérdida del control territorial que los zapatistas tenían de varias regiones de Chiapas. El gobierno justificó la instalación de innumerables destacamentos y puestos de control militar aduciendo la necesidad de proteger a la población que se había desplazado fuera de la región a principios de 1994 por temor a los enfrentamientos. Esta población regresó en marzo de 1995 acompañada de un fuerte operativo militar[4]. Una vez que el Ejército se posicionó fuertemente en las regiones de conflicto cercando a las localidades zapatistas, emprendió una estrategia de contrainsurgencia basada en la usurpación de las funciones de las instituciones públicas de salud y educación y en el control del gasto social en la región. Con esta estrategia de guerra de baja intensidad, las acciones de salud, alimentación y educación fueron usurpadas. Ante el rechazo de los zapatistas que se declararon en resistencia, los fondos públicos fueron dirigidos a la población dispuesta a aceptarlos, lo que ocasionó graves tensiones entre los habitantes de la región [Arana, 1988]. Este plan de desarrollo excluyente fue la principal estrategia de los gobiernos federal y estatal para enfrentar al zapatismo hasta el 2000 y sus consecuencias fueron más devastadoras para la población que la suma de todas las acciones militares.

Otro efecto de esta política fue que una gran parte de las localidades de las regiones sufrieron rupturas internas, las que se manifestaron como actos de violencia, expulsiones y divisiones. La presencia militar y su trato discriminatorio fomentaban las respuestas violentas contra la población en resistencia, incluso con la formación de grupos paramilitares.

Hasta el 2000, las regiones de conflicto fueron escenario de constantes violaciones a los principios de neutralidad médica y de una ejecución discriminatoria de los programas sociales, violatoria del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Cul-

4. Cuando se inició el conflicto armado, el propio Ejército y algunas autoridades municipales promovieron la salida de la población de sus comunidades. Poco más de mil quinientas familias permanecieron desplazadas hasta febrero de 1995 y asistidas por instituciones públicas coordinadas por el Ejército. La entonces "Coordinadora de Organismos Civiles por la Paz" (CONPAZ) denunció repetidamente la deliberada desinformación de los desplazados sobre el curso del conflicto y el uso de las acciones de salud y alimentación para fomentar una actitud favorable y de dependencia de los desplazados respecto a las acciones del Ejército. (CONPAZ, Informe de la Comisión de Derechos Humanos sobre las condiciones de los desplazados por el conflicto, Noviembre, 1994)

turales y de otros instrumentos internacionales firmados y ratificados por el Estado mexicano.

A pesar de ello, el EZLN continuó contando con un gran apoyo por parte de las organizaciones civiles nacionales e internacionales, quienes pese al intento de bloqueo mantenido por el Gobierno siguieron trabajando en apoyo a la salud de las poblaciones indígenas zapatistas en la zona.

En el año 2000, con el triunfo de la alternancia en el poder en las primeras elecciones transparentes de México, ganó Vicente Fox la Presidencia de México, el llamado "tránsito a la democracia" dio un respiro y nuevas esperanzas al EZLN. Efectivamente, el Presidente Fox envió el proyecto de Ley sobre Cultura y Derechos Indígenas para su discusión en el Congreso; pero la Ley que resultó, no correspondía con los principios de reconocimiento de los Pueblos Indios entre otras muchas cosas y no fue aceptada por el EZLN ni el Movimiento Zapatista.

Como respuesta a esta "nueva traición" del Estado, los zapatistas decidieron retirarse a sus territorios y desde allí seguir su lucha para ser reconocidos en su doble identidad "Como mexicanos y como pueblos Indios" y se dedicaron a construir su Autonomía en la práctica. En el mismo año 2000 tomó posesión el primer Gobernador electo (sin la participación de los zapatistas) desde el levantamiento militar. Si bien este hecho no condujo a la resolución del conflicto, sí ha contribuido a crear un ambiente de menor confrontación violenta.

Resistencia y Políticas Públicas

La decisión de renunciar a los recursos y programas gubernamentales, principalmente en salud y educación, como parte de la política de resistencia, fue un motivo de gran preocupación entre varios miembros de la academia y de las organizaciones civiles. Esta estaba centrada en dos problemas: por un lado, el impacto negativo que podría tener la interrupción de acciones de salud, tales como las vacunaciones y la atención a niños y mujeres, principalmente. Y, en segundo lugar, el hecho de que la renuncia voluntaria a los recursos públicos no impulsara acciones encaminadas a la exigibilidad de los derechos económicos y sociales frente al Estado o sea una especie de secuestro de sus derechos ciudadanos.

Sin embargo, aunque los zapatistas nunca se propusieron influir en las políticas de salud a través de la resistencia, su impacto sobre ellas ha sido muy importante, ya que después del 2000 algunos programas del gobierno de Chiapas han incorporado el concepto de derechos y el compromiso explícito de no discriminación o uso clientelar. La incorporación de este enfoque ha contribuido a disminuir las tensiones que durante varios años se generaron entre la población zapatista y la no zapatista.

Uno de los factores que contribuyeron a este cambio fue el Informe Alternativo de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) que en 1999 elaboraron el Comité de la ONU y organizaciones civiles nacionales. Este informe incluyó un capítulo especial sobre Chiapas en el que se describía la interferencia militar en los programas de salud y los efectos negativos del uso contrainsurgente de los recursos públicos. Como resultado de este informe alternativo[5], el Comité de los DESC de la Organización de las Naciones Unidas hicieron varias recomendaciones al gobierno mexicano, entre las que se destacaba la de "Impedir la interferencia del ejército en los programas sociales…[6]" Estas recomendaciones proporcionaron un instrumento de gran utilidad para la vigilancia de las

5. Espacio Civil de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Informe Alternativo sobre la situación de los DESC en México, México 1999.
6. Comité DESC de la Organización de las Naciones Unidas, Recomendaciones del Comité DESC al Gobierno de México, Ginebra, Noviembre, 1999.

políticas públicas. La interferencia del ejército en las acciones de salud ha desaparecido prácticamente en la actualidad.

Conocer cual ha sido la evolución de las condiciones de salud desde el levantamiento de 1994 no es sencillo, no sólo por los sesgos para presentar e interpretar la información epidemiológica disponible, sino también porque durante los primeros años después del levantamiento, la información de amplias regiones de Chiapas, entre las que se encuentran las de mayor pobreza, no fue incluida en las cifras oficiales, creando una falsa apariencia de mejoría general.

Las consecuencias sobre la salud de los primeros años del conflicto fueron muy negativas, aunque sobre éstas, la evidencia cuantitativa es prácticamente inexistente. Sin embargo, los organismos civiles nacionales e internacionales presentes en la región pudieron constatar el deterioro del estado de nutrición de los desplazados posteriores a la Masacre de Acteal de 1997[7] y el incremento de muchas enfermedades transmisibles. Sin embargo, la mayor parte de la información se refiere a los desplazados o se refiere a poblaciones muy circunscritas. Debido a esta inquietud entre 1999 y 2002 se llevó a cabo un amplio estudio en el que se contrastaron las condiciones de salud de la población en resistencia y la que recibía los servicios públicos oficiales en tres regiones de Chiapas: Los Altos, la Región Norte y la Región Selva. Este estudio, realizado a nivel domiciliario en 46 localidades que fueron seleccionadas aleatoriamente como una muestra de las comunidades en resistencia, sin resistencia y divididas. [Sánchez & Col., en prensa]

Al contrastar las condiciones de salud encontradas entre la población en resistencia y sin resistencia, este estudio encontró que las peores condiciones de salud no se encontraron entre quienes habían renunciado a los servicios públicos de salud, sino entre quienes viven en comunidades divididas. En este estudio, este hallazgo fue consistente. A manera de ejemplos, en el caso de las tasas de desmedro (baja talla para la edad) la tasa entre los menores de comunidades en resistencia encontrada fue de de 48.6, la de localidades sin resistencia de 52.2 y de 58.6 en las divididas. Significativamente más elevada en éstas últimas.

En este mismo estudio se identificaron ocho muertes maternas, seis correspondían a localidades sin resistencia y dos en comunidades divididas y ninguna en localidades en resistencia, la tasa de muertes maternas fue calculada a partir de los 1,319 nacidos vivos estudiados. Además, se obtuvo una tasa de mortalidad de 60.7 por 10,000 nacidos vivos, la cual es notablemente superior a la que señalan las cifras oficiales para el país y para el estado de Chiapas. [Brentlinger & Col., en prensa]

Las tasas de desnutrición y de muerte materna coinciden con otros estudios y observaciones en señalar que la situación de salud de las poblaciones indígenas de estas regiones sigue presentando graves rezagos. Sin embargo, esta situación ya no es peor en las localidades en resistencia, en donde a través de organización, han logrado compensar la falta de servicios en sus localidades. Un caso contrario es el de las comunidades que tienen dos o más autoridades distintas como consecuencia de las divisiones internas. En éstas, la situación de salud ha empeorado debido a la ruptura del tejido social y a la desaparición de mecanismos de apoyo recíproco, característicos de las sociedades campesinas indígenas de la región.

Uno de los aspectos no suficientemente evaluados que han contribuido a la diferencia entre las comunidades en resistencia y las que no lo están, es la prohibición de la venta y consumo de alcohol y dro-

7. Masacre de 46 indígenas de la organización civil "Las Abejas", simpatizantes del EZLN, perpetrada por grupos paramilitares en la localidad de Acteal, Chenaló, en los Altos de Chiapas el 22 de diciembre de 1997.

gas. La disminución de la violencia doméstica y el mejoramiento de la nutrición de la familia, son dos importantes elementos que seguramente son responsables de una buena medida de los cambios positivos en salud de las comunidades en resistencia.

La organización en torno a los municipios autónomos ha intensificado la acción organizativa y comunitaria estimulando que estas localidades estén presentando mejoría gradual en sus condiciones de vida y salud.

La creación de un ambiente de distensión, de tolerancia y de proyectos incluyentes es indispensable para que las comunidades divididas puedan experimentar mejoría. El carácter más civil, pacífico, propositito y más incluyente que los municipios autónomos y los caracoles han adquirido, sin duda va a ser una contribución importante para que las comunidades que sufren tensiones internas también mejoren sus condiciones.

Las estructuras de salud de las comunidades en resistencia desde una posición más fortalecida por su capacidad organizativa, hacen un uso cada vez mayor de la estructura hospitalaria oficial y aprovechan otros insumos, tales como las vacunas, controlando ellos mismos su aplicación.

En la actualidad los zapatistas están construyendo su Autonomía como la mejor manifestación de "tomar las riendas de su propio destino".

Autonomía Zapatista

La autonomía zapatista como cualquier proceso autonómico indígena adquiere dos dimensiones: como modelo que aspira ser ley y como práctica de un sujeto colectivo [Rico, 2004] Esta práctica del sujeto colectivo es la que ha llevado a la construcción de estas autonomías y a la reapropiación de sus vidas y de su salud en el Territorio Zapatista.

Según Héctor Díaz Polanco (1997:15) el Movimiento Indígena de América Latina convirtió la lucha por la autonomía en un elemento central de sus objetivos y aspiraciones y es precisamente la autonomía la clave de los Estados multiétnicos, quienes garantizan el reconocimiento de la diversidad sin la separación del Estado.

La lucha zapatista por el reconocimiento de la Autonomía Indígena en la Legislación Nacional, fracasó en el Congreso en 2001 con la expedición de la Ley Indígena que no incluyó ni la autonomía, ni a los Pueblo Indios, por lo cuál los zapatistas decidieron construirla por la vía de los hechos y como expresión de resistencia.

Los Municipios Autónomos Rebeldes administran sus territorios, de acuerdo a sus formas organizativas, y asambleas comunitarias, se regulan por las leyes revolucionarias, y sus propias formas de gobierno. En agosto del 2003 los Municipios ya constituidos empiezan a conformarse en regiones, con la construcción de los caracoles como espacio físico y las Junta de Buen Gobierno como espacio social.

Los caracoles son regiones programadas que intentan servir de marco a la política de desarrollo regional y de organización del territorio. Los Caracoles Zapatistas son puertas para entrar a las comunidades y para que las comunidades salgan. Para poder ver hacia adentro y para que las comunidades no se queden aisladas del mundo global. Los caracoles zapatistas son un paso más en la Autonomía, y en la cohesión y coordinación del movimiento por regiones, donde los municipios autónomos pueden compartir sus experiencias y sus trabajos.

Por su parte, las Juntas de Buen Gobierno (JBG) tienen como objetivo que todos los municipios se desarrollen de una forma equitativa. Dichas juntas están conformadas por 1 ó 2 delegados de cada uno de los Consejos Autónomos de la zona y su sede son los "Caracoles", éstos ayudan a coordinar los trabajos en

todas las regiones, aunque los MAREZ[8] siguen teniendo su dinámica propia en la impartición de justicia, en la salud y educación autónoma, la vivienda, la tierra, el comercio, la información, la cultura y el tránsito local.

La JBG se encarga también de que los recursos que lleguen de la sociedad civil nacional e internacional sean para el desarrollo equitativo de todos los municipios además de resolver y mediar los conflictos que existen en las regiones. Los Caracoles son un esfuerzo organizativo de las comunidades, no sólo para enfrentar los problemas de la autonomía, sino también para construir un puente más directo entre ellas y el mundo. [Rico Montoya, 2000]

Reflexiones finales

Después de que la Ley Indígena aprobada por el Congreso no recogió la propuesta que el EZLN había impulsado ni el reconocimiento de la autonomía, las bases civiles indígenas zapatistas, decidieron aún sin el reconocimiento oficial, avanzar en la construcción de los Municipios Autónomos, las Juntas de Buen Gobierno.

La organización y el esfuerzo que esta tarea ha requerido, han reforzado las redes de apoyo recíproco que por sí solas promueven la equidad y tienen un impacto positivo en la salud. La capacitación de parteras y promotores de salud retoma y refuerza experiencias exitosas de muchas comunidades indígenas anteriores al levantamiento y la pone al servicio de la construcción de un proyecto de alcances más amplios.

La construcción de clínicas de salud, apoyadas por la solidaridad nacional e internacional más que ser estructuras de atención general son centros de formación de recursos humanos, estructuras que fortalecen la capacidad organizativa y que refuerzan el aprecio de la población por lo que tienen.

Sin embargo, lo más importante es sin duda el proceso de seguridad en sus propias capacidades ("empoderamiento") para dirigir su futuro destino, lo que hace mejorar sus condiciones de salud en última instancia y pese a las adversidades del medio que los rodea.

Tenemos inteligencia y capacidad para dirigir nuestro propio destino.
Junta del Buen Gobierno de un municipio autónomo
(H. Bellinghausen.)

8. Municipios Autónomos Zapatistas

- ARANA, M (1998). "La labor social del ejército" La Jornada, Febrero 20.
- ARANA, M (1999). "Atención para la salud y conflicto en Chiapas" Parte Aguas, Comisión Mexicana de defensa y Promoción de los Derechos Humanos, No 1, Junio - Agosto. pp. 15-22.
- BARABAS, A (2000). "La constitución del indio como bárbaro: de la etnografía al indigenismo". Rev. Alteridades. Año 10. num. 19, enero-junio. UAM-I. México, pp. 9-20.
- BLANCO F., V (1996). "La cuestión indígena y la reforma constitucional en México". Revista Internacional de Filosofía Política. pp 121-140. México.
- BLANCO GIL, J., RIVERA, J.A. Y LÓPEZ ARELLANO O (1996). "Chiapas. La emergencia Sanitaria Permanente" Rev. Chiapas Nº 2. Ed. ERA.. México, pp 95- 115.
- BRENTLINGER P, SÁNCHEZ-PÉREZ HJ, ARANA CEDEÑO M, VARGAS MG, HERNÁN, MA, MICEK M, FORD D (En prensa, 2004). Pregnancy outcomes, site of delivery, and community schisms in regions affected by the armed conflict in Chiapas, Mexico. A community-based survey. Social Science and Medicine.
- EZLN (1994). "Declaración de la Selva Lacandona" en: EZLN. Documentos y Comunicados .Vol.1. Del 1º de enero al 8 de agosto 1994. Ediciones ERA, México, pp. 33-35.
- FOUCAULT, M (1994). La politique de la santé au XVIII siècle. Gallimard, Paris, p. 729.
- GONZÁLEZ CASANOVA, P (1995). "Causas de la Rebelión en Chiapas" La Jornada Semanal, 5 septiembre 1995. México. D.F.
- GONZÁLEZ ESPONDA, J. y PÓLITO, E (1995). "Notas para comprender el origen de la rebelión zapatista". Revista Chiapas, no 1, pp 101-123. ERA, México.
- HARVEY, N (2000). La Rebelión de Chiapas. La lucha por la tierra y la democracia. Ed. ERA. México.
- RICO MONTOYA, N.A (2004). "Naciones Indias Estado Nación Autonomía Zapatista" Ensayo del tercer trimestre Maestría en Desarrollo Rural UAM-X. México.
- SÁNCHEZ, H.J, ARANA, M, FORD, D. BRENTLIGER P, y otros, Salud y conflicto en Chiapas: un análisis de las condiciones de salud y el uso de servicios desde una perspectiva de los derechos humanos. Informe elaborado por Physicians for Human Rights, Ecosur y la Defensoría del Derecho a la Salud, en prensa.
- SUB MARCOS (1994). Comunicado ¿De qué nos van a perdonar? En: La palabra de los armados de verdad y fuego Editorial Fuente Ovejuna. México, pp. 107-108.

15 Hegemonía Comunicativa y Salud Emancipadora: Una Contradicción Inédita (El Ejemplo del Dengue)

Charles L. Briggs, Clara Mantini Briggs

La salud expresa un estrecho vínculo entre los cambios político-económicos neoliberales y sus efectos funestos n las vidas de la mayoría de las personas del planeta. El incremento de las enfermedades infecciosas y crónicas asociado a la creciente conversión de la salud de un derecho humano a una mercancía, así como el abandono del estado de una de sus funciones clásicas –la de salvaguardar la salud de sus ciudadanos- es un medio clave a través del cual los cambios estructurales globales se tornan experiencias corporales. La medicina y salud pública predominantes en los Estados Unidos han comenzado recientemente a enfrentar la cuestión de las "disparidades de salud" de forma directa, particularmente después de la publicación del informe influyente Tratamiento Desigual (Unequal Treatment) [Smedley, Stith, & Nelson, 2002] y el establecimiento de un Centro Nacional de la Salud de Minorías y Disparidades de la Salud en los Institutos Nacionales de Salud.

En Latinoamérica, los movimientos de medicina social y epidemiología crítica han dirigido la atención hacia la relación dialéctica salud-enfermedad, denunciando la reproducción del control desigual del capital y del poder desde hace más de tres décadas, escrutando los efectos de las políticas neoliberales y sus programas de ajuste estructural en la salud y sectores conexos [Armada, Muntaner, & Navarro, 2002; Laurell, 2000]. Estos estudiosos han de-

mostrado cómo la clase social, el género y la raza/etnicidad no son simplemente factores que afectan los resultados de la salud individual, sino desigualdades estructurales que dan forma a nuestra habilidad de imaginar y alcanzar la salud [Breilh, 2002; Menéndez, 1981; Navarro, 1998]. Desafiando el poder de la "epidemiología hegemónica" para producir aparentemente imágenes objetivas de las personas y la salud, ellos desarrollaron innovadoras metodologías cuantitativas y cualitativas que revelan el sufrimiento oscurecido por los enfoques predominantes, y analizan sus múltiples causas [Breilh, 1994; Almeida Filho, 1989]. Finalmente, los profesionales críticos han retado al reduccionismo preponderante examinando la medicina y la salud pública como sistemas ideológicos que transforman las desigualdades sociales globales en elecciones individuales incorrectas [Breilh, 2002; Menéndez, 1981].

La atención a las ideologías dominantes parece especialmente decisiva. El problema radica en que los proponentes de la medicina social y la epidemiología crítica en Latinoamérica se aúnan con sus colegas en Norteamérica y otros lugares en cuestionar ideologías sustentadas sin un sentido crítico, que juegan un papel fundamental en la creación de desigualdades y las hacen parecer naturales –ideologías de la comunicación. A la par que los antropólogos médicos críticos [Baer, Singer, & Susser, 1997; Farmer, 2003; Singer & Baer, 1995], académicos progresistas de la salud en Latinoamérica han mostrado que los sistemas de salud producen más que modos de diagnóstico y tratamiento –ellos definen las enfermedades, limitan las explicaciones aceptables de lo que las causa, instruyen tanto a los profesionales como a los pacientes sobre cómo deberían responder a la enfermedad, y designan el conocimiento poseído por alguien como científico, autorizado y otro tipo de conocimiento como superstición, ignorancia o desinformación-. Nuestro propósito, en este ensayo, es demostrar que las ideologías de la comunicación similarmente reproducen desigualdades de capital y poder.

La ideología dominante de la comunicación en salud[1] describe un proceso lineal en que primeramente la información es generada por expertos profesionales, quienes controlan los espacios en donde el conocimiento autorizado sobre la salud es producido. Dichos sectores productivos son determinados en función de entrenamiento especializado, tecnologías y autoridad institucional, encarnados en investigadores médicos, epidemiólogos, realizadores de las políticas y administradores, clínicos y otros. Estos espacios no están unificados ni son homogéneos; el "flujo" de información es más bien proyectado de acuerdo a jerarquías epistemológicas e institucionales. Una segunda fase del proceso se concentra en la traducción de esta información a lenguajes menos técnicos y su inserción en diferentes redes comunicativas. En este punto, los reporteros toman el lugar "del público" al determinar cuáles anuncios de prensa y otras fuentes son "de interés periodístico". Un canal paralelo pero distinto en esa pista de la traducción/diseminación es seguido por departamentos de promoción de la salud al transformar la información técnica en manuales, panfletos, materiales para presentación pública. Esta ideología de la comunicación entonces concreta una tercera fase, que sucede al ser "transmitida" o "diseminada" la información relativa a la salud a la audiencia masiva, a través de periódicos, revistas, programas de radio y televisión, propaganda y la Internet. Por último, al "público" se le asigna el papel de asimilar esta información cognitivamente, reestructurando su entendimiento de la salud en estos términos, y en relación con el comportamiento, permutando la cognición en

1. No estoy refiriéndome aquí al campo de la "comunicación de la salud", sino a la totalidad de información en la sociedad que se relaciona a las categorías socialmente construidas de "salud", "enfermedad", "medicina" y "salud pública"

comportamiento diario. Quienes cumplen este cometido son interpretados como "ciudadanos higiénicos o biomédicos" [Hammonds, 1999; ONG, 1995; SHAH, 2001], mientras que aquellos que supuestamente fracasan –frecuentemente sin importar qué digan o hagan- se vuelven "sujetos antihigiénicos" [Briggs & Mantini-Briggs, 2003]. El fracaso en recibir y asimilar adecuadamente la información de salud puede llevar a violaciones más amplias de los derechos humanos, la salud y de otras formas [Farmer 2003].

La historia oficial sugiere que este proceso ayuda a superar las disparidades en salud al hacer más democrática la distribución del conocimiento sobre la salud, proporcionando la información necesaria para alcanzar estados saludables, incluso de personas con un limitado o reducido acceso a la atención médica. Debemos estar claros de que este modelo lineal de comunicación en salud es empíricamente obstinado, a la vez que políticamente mal orientado. [Martín-Barbero, 1987] propone que no vivimos simplemente en sociedad con los medios, y sí en sociedades mediadas, en donde nuestras identidades y hasta nuestro concepto de sociedad son formados por los medios. La información sobre la salud es así moldeada por conceptos mediados desde el comienzo, no sólo cuando es reinterpretada por los reporteros. Investigaciones probadas indican que el conocimiento científico no existe independientemente de la vida social y política [Latour, 1993]; las construcciones sociales populares de raza, género, clase y sexualidad informan categorías y nociones epidemiológicas de causalidad [Haraway, 1997; Harding, 1993]. Nuestra investigación actual sobre la salud y los medios en los Estados Unidos y Venezuela explica que las instituciones de salud pública y organizaciones de movimientos sociales están siendo crecientemente guiadas por la lógica de los medios [Altheide, 1995], a tal punto que los especialistas de los medios son parte del desarrollo de programas desde su génesis y varios oficiales trabajan muy de cerca con profesionales de los medios en el desarrollo de "spots" publicitarios ("sound bites") y mensajes de enganche ("stay on messages"). Las visitas clínicas son moldeadas por las imágenes de los doctores, enfermeras y pacientes que cada actor trae al encuentro, a su vez moldeados por las imágenes de los medios, ya sea que aparezcan en noticias o telenovelas. "El público" que recibe los mensajes de los medios en realidad consiste en múltiples y competitivos públicos [Calhoun, 1992], y el discurso público sobre salud en realidad está contribuyendo a crear esos públicos [Warner, 2002]. La declaración de la CDC en 1983 que enunciaba que homosexuales, hemofílicos, adictos a la heroína y haitianos estaban en alto riesgo de SIDA, por ejemplo, separó a la población de los EE.UU. en cinco públicos –estos cuatro y la restante población, que no estaba, según es de suponer, en alto riesgo [Epstein, 1996; Farmer, 1992]. La ideología dominante también fracasa al no tomar en cuenta cómo los individuos responden a los mensajes y se sitúan ellos mismos en respecto de éstos –como verdaderos creyentes, escépticos, críticos, satíricos, etc.- por tanto, dando forma al impacto social de la información de salud.

Al mismo tiempo, esta ideología reproduce las relaciones de poder que los académicos y profesionales progresistas de la salud pública intentan cambiar. [Foucault, 1973] insistió que el poder es conocimiento; esto quizá nunca ha sido tan cierto cuanto en la "era de la información", en la que, algunos argumentan, la información es la más valiosa mercancía [Castells, 1996]. El sugerir que el conocimiento sobre la salud es netamente producido en espacios dominados por profesionales de la salud (inclusive aquellos progresistas) refuerza el papel de la ciencia y la medicina de reproducir desigualdad social. Además, veda entendimientos críticos de la salud, haciendo que sea difícil el discernir cómo los hechos científicos son moldeados por y a su vez dan forma a las relaciones económicas socio-políticas. Esta ideología dominante

fortifica la noción de que los legos pueden asimilar únicamente el conocimiento de la salud forjado por otros; cuando personas sin entrenamiento especializado pretenden posicionarse como productoras de conocimiento de salud, ellas son tildadas de resistentes, no obedientes, ignorantes y hasta peligrosas proveedoras de desinformación. La ecuación linear otorga el derecho de conducción sólo a instituciones dominantes y sus empleados profesionales, es decir, la capacidad de crear ideas, divisar líneas de acción, ponerlas en práctica y, por ende, afectar el mundo. Es, en resumen, la fórmula mágica para despojar de poder a las comunidades. Por otra parte, nadie podría apropiadamente tomar a su cargo el papel asignado al público –reordenar sus propios universos cognitivos sobre la base de la exposición a algunos textos, transmisiones o presentaciones públicas y después transformar esta información, punto por punto, en comportamiento-. Los reales perdedores en esta ecuación linear, evidentemente, son las personas con menor acceso a la atención médica, educación y otros servicios; inclusive cuando asimilan una gran cantidad de información biomédica, son juzgadas como fracasos [Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Farmer, 1992].

Por último, las noticias y, en algunos países, los anuncios publicitarios involucran más contenido de salud cada vez. Esta saturación forma parte de la privatización de la salud, su transferencia de un derecho garantizado por el estado a una mercancía que es comprada y vendida por individuos. Aceptando la premisa ideológica de que el papel del público es asimilar información de salud, aun los académicos y profesionales críticos de la salud pública promueven el régimen de salud gubernamental, es decir, aceptan tácitamente que las personas sean gobernadas de esa manera; requiriéndoles que simplemente se informen sobre la salud, y entonces hagan elecciones racionales entre las alternativas disponibles. La ideología dominante de la comunicación es así particularmente afín a las ideologías neoliberales y a los arreglos institucionales.

Logrando la Equidad y la Justicia en la Salud y la Comunicación

Distintas versiones de estas ideologías dominantes de la comunicación son ampliamente compartidas entre profesionales médicos y de la salud pública, periodistas y legos. La comunicabilidad opera de una manera aproximadamente paralela a la medicalización, construyendo ideológicamente una esfera separada de técnicas y tecnologías compuestas de comunicación, usadas en la creación de textos, transmisiones y similares, introduciéndolas en modos de transmisión (periódicos, estaciones de televisión y radio, la Internet), percibiéndolas y entendiéndolas. Así como los sistemas biomédicos se ocupan de la salud, la enfermedad, el cuerpo, la sociedad y el poder, de modos demasiado simplificados, al construir la salud y la enfermedad como una esfera científica que existe aparte de las relaciones políticas, culturales y sociales, del mismo modo, estas ideologías imaginan la comunicación como una esfera separada. A pesar de su falta de correspondencia a cómo la información sobre la salud realmente fluye, estas ideologías terminan suministrando la base de aquello a lo que nos referiremos como regímenes de comunicabilidad; es decir, construcciones ideológicas de diferentes posiciones en su relación con la comunicación de la salud; arreglos jerárquicos de estos papeles y el reclutamiento de individuos y comunidades para realizarlos. Los regímenes biomédicos de comunicabilidad generan inequidades comunicativas de salud, que están vinculadas a las disparidades de salud, sin embargo no son adyacentes a ellas.

En síntesis, la ideología dominante de la comunicación es un obstáculo para desarrollar genuinamente perspectivas, prácticas y políticas emancipadoras para

la salud. Las perspectivas progresistas en salud son por ende incompatibles con:

- Ideologías que ven la comunicación de la salud como siendo producidas por expertos para el consumo "del público".
- La noción de que el estado y sus instituciones son los legítimos productores de la verdad y el conocimiento sobre salud, y que los ciudadanos deberían ser los agradecidos receptores de la generosidad informativa del estado
- Despolitizar la comunicación, exactamente como el reduccionismo biológico despolitiza la salud y la enfermedad.
- La consolidación masiva de la propiedad de los medios por grandes corporaciones
- La noción de que los traductores (reporteros, promotores de la salud, etc.) deberían ser subordinados a epistemologías y profesionales biomédicos; tal subordinación reduce el potencial para evaluar críticamente las perspectivas biomédicas dominantes y presentar alternativas.
- La idea de que los legos –específicamente los miembros de comunidades más afectados por las disparidades en salud- no tienen un papel en la producción de conocimiento legítimo sobre salud.

Desafiar efectivamente las epistemologías, políticas y prácticas hegemónicas en salud y hacer frente a las disparidades, entonces nos exige combatir dichos regímenes biomédicos de comunicabilidad.

Nuestro objetivo en este ensayo es hacer que los académicos y profesionales de la salud tomen conciencia de cómo ellos son víctimas de esas ideologías dominantes de la comunicación y delinear algunas alternativas. A continuación están algunos principios que pueden estimular la búsqueda de caminos para oponerse a las inequidades comunicativas en salud:

- Estimular la investigación que documente cómo la información sobre la salud es producida, circula y es recibida; el impacto social de este proceso; y el impacto de nuevas relaciones sociales y político-económicas y tecnologías comunicativas.
- Tratar la comunicación como un elemento clave en la producción de conocimiento en medicina y salud pública, no solamente su diseminación.
- Explorar perspectivas en comunicación que la enfoquen como multidireccional, con múltiples espacios de producción, circulación y recepción.
- Encarar la comunicación en salud como un debate político ideológicamente informado, estructurado por relaciones desiguales con el capital y las tecnologías, como una lucha entre voces e intereses que compiten; en suma, como una parte de cualquier lucha social.
- Fomentar debates sobre la salud en espacios en donde el poder esté menos centralizado, tales como radio y televisión comunitaria, periódicos alternativos y "étnicos" y la Internet.
- No buscar la subordinación de voces dentro y fuera de las instituciones médicas y de salud pública a la autoridad biomédica.
- Los debates sobre salud deberían ser foros en los que diversos lenguajes se reúnan, evitando la hegemonía de los "lenguajes globales" (en especial el inglés), lenguajes nacionales y lenguajes de especialistas (medicina, salud pública).
- Acordar que miembros de las poblaciones, que experimenten los efectos negativos de las disparidades de salud, tengan el estatus de socios plenos en la

producción, circulación y recepción de la información relativa a la salud.

- En vez de tornarse portavoces de grupos marginalizados, unirse a ellos en el desafío a los obstáculos que los excluyen de participar en debates públicos sobre la salud.

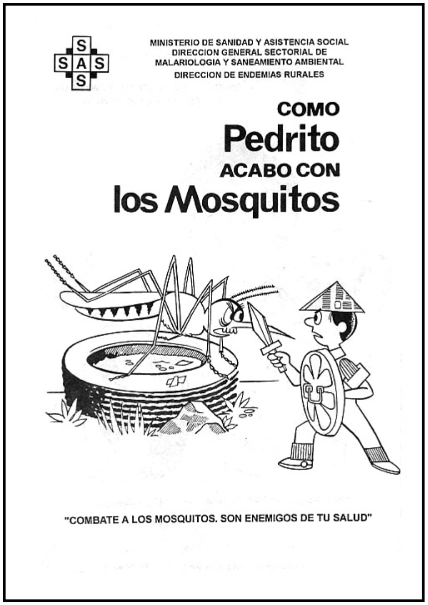
No se trata aquí de decirles a las personas del mundo cómo deberían concebir los procesos comunicativos; particularmente dado que este trabajo surge del contexto norteamericano, pues tal acción simplemente buscaría cambiar una hegemonía por otra. Tampoco pueden las alternativas ser ideadas por profesionales de la salud y la comunicación que, hasta el presente, han apoyado dichos regímenes de comunicabilidad. Lo que parece necesario es un proceso de debate, en una gama amplia de foros y escenarios, en donde los obstáculos sean expuestos y las alternativas exploradas. El relegar estas discusiones a una mesa de "comunicación" o "equidades comunicativas" en una conferencia de trabajo o –peor aún- sostener una reunión separada para discutir la "comunicación", sencillamente reproduciría la separación ideológica de estas cuestiones de los debates más profundos concernientes a la justicia social y los derechos humanos. Esperamos que, como mínimo, los hayamos convencido de que son uno y el mismo.

Un Ejemplo:
Educación Preventiva en Salud o Reduccionismo Comunicativo para Mantener la Desigualdad

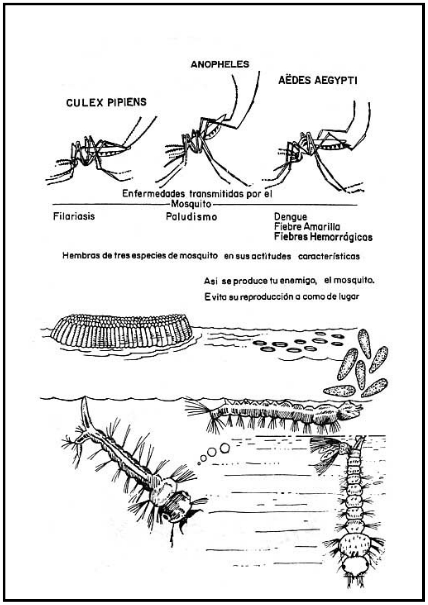
En favor de obtener una perspectiva más crítica y explicita de la compleja naturaleza en que la comunicación de mensajes preventivos gráficos son comunicados a las poblaciones, se utilizará aquí la teoría expuesta en las páginas precedentes, donde se describe la ideología dominante de la comunicación en salud como un proceso lineal.

Las imágenes y discursos plasmados en materiales gráficos impresos que se usan como estrategias comunicativas de prevención de enfermedades, tanto crónicas como agudas, están destinadas al fracaso por mirar a la población o público "en riesgo" como individuos ignorantes, poseedores de una conciencia ingenua. Eso refuerza el paradigma de que el pueblo nunca podrá ser actor de su propio destino y mucho menos entenderse a sí mismo como real participe en la prevención de la enfermedad, lo que fue objeto de la lucha planteada por Freire (1970). Es decir, estoa enfoques hacen como si los individuos tuvieran comportamientos plagados de hábitos desprovistos de "higiene y moral" y como si sus contactos con los agentes biológicos, fueran los únicos causantes de la enfermedad. Esta se posesionaría de sus cuerpos, como un castigo por el desacato del no cumplimiento de las instrucciones dadas por la autoridad médica para la prevención (1977). El saber médico omnipotente, entonces ilustra, educa, capacita y salva al individuo del pueblo, advirtiéndole sobre el modo de transmisión de la enfermedad, la manera de prevenirla. Por último los mensajes gráficos preventivos muestran la acción médica redentora que produciría el cambio mágico en la conducta; cambio que cada uno individualmente debe implementar para recobrar la salud, o permanecer libre de enfermedad, continuando de ese modo con una vida "feliz". Es decir todo un proceso de medicalización que Barros (2002) considera como causa y efecto de la imposición de la hegemonía del modelo biomédico del estado.

Se utilizará como ejemplo de lo arriba expuesto un folleto con mensajes tendientes a educar a la población "en riesgo" de contraer el dengue a través de medidas curativas y preventivas. Develaremos aquí en el folleto de "Como Pedrito acabó con los mosquitos" la representación de un ejemplo clásico de esta forma alienante y linearizada de comunicación en salud: Pe-


SAS
MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION GENERAL SECTORIAL DE
MALARIOLOGIA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL
DIRECCION DE ENDEMIAS RURALES
COMO
Pedrito
ACABO CON
los Mosquitos
"COMBATE A LOS MOSQUITOS. SON ENEMIGOS DE TU SALUD"


MAMA, ¿ME PERMITES JUGAR CON ESTE CAUCHO?
SI HIJO... PUEDES HACERLO EN EL PATIO


CULEX PIPIENS
ANOPHELES
AËDES AEGYPTI
Enfermedades transmitidas por el Mosquito
Filariasis
Paludismo
Dengue
Fiebre Amarilla
Fiebres Hemorrágicas
Hembras de tres especies de mosquito en sus actitudes características
Así se produce tu enemigo, el mosquito.
Evita su reproducción a como de lugar


POR NUESTRA SALUD...
SIEMBRA TUS PLANTAS EN TIERRA O ARENA! NUNCA EN AGUA!
ELIMINA DE TU PATIO CUALQUIER RECIPIENTE DONDE SE ACUMULE AGUA
AU
UNA CIUDAD LIMPIA REPRESENTA SU PROGRESO Y SU CULTURA
COOPERA CON LA CAMPAÑA DE LIMPIEZA

drito representa a todo el pueblo/público de un país, en este caso nos referimos al pueblo/público venezolano el cual, se suponía en riego de contraer el dengue en 1989-90. En el folleto se enfocan los personajes y narrativas de manera infantil, destemporalizada y contradictoria. Es el caso del uso de un lenguaje pobre y la vestimenta de Pedrito –un sombrero de papel periódico en la cabeza, un escudo que sería la tapa de un recipiente de basura y una espada, con la que luchará contra el mosquito gigante que lo amenaza con su pico o probóscide enorme, y su mirada agresiva. También la construcción de imágenes irónicas como la convivencia de una casa que parece de clase media con un neumático viejo en un basurero; como sugiriendo que la norma de esta población/ público -objeto del mensaje- es el contacto con la suciedad. La imagen descrita representa los años 30 o 40, en una Venezuela rural, sin acceso a la televisión, -que ni siquiera se identifica con la figura de los niños de la época de finales de los 80s, cuando la epidemia de dengue se desató en Venezuela- y tampoco toma en cuenta que la primera victima oficial venezolana se ubico en la ciudad de Maracay capital del Estado Aragua. Encontramos así, que se representa implícitamente el discurso hegemónico del estado, marcando su origen en el sector biomédico por su léxico científico y sintaxis formal marcando la pauta de los consejos preventivos médicos como por ejemplo: "un caucho viejo en tu casa representa un peligro para la salud de toda la familia" o "Cuando el mosquito te pica, las consecuencias pueden ser lamentables. El dengue y la fiebre amarilla te pueden ser transmitidas…" pero se vuelve explicito este discurso biomédico cuando muestra el ciclo reproductivo de los mosquitos transmisores de la filariasis o paludismo -enfermedades que se supone el publico conoce y sabe prevenir ya que no hay otra mención en el folleto- y por su puesto el dengue y la fiebre amarilla. Se presenta aquí el modelo clásico de estrategia educativa gráfica para la prevención de enfermedades que reflejan un empleo sistematizado de un reduccionismo de la comunicación en salud.

Así se difunden los símbolos e imágenes de la comunicación producida en el marco de ideologías manufacturadas en la superestructura científica, que pretenden desentrañar lo relativo a la causa biológica de la enfermedad, forma de contagio, pautas del tratamiento, estilos de vida y condiciones sociales de la diseminación de las patologías. Símbolos plagados de estereotipos sociales, que son transmitidos directamente al público en los servicios de salud, o entregados personalmente en las comunidades como prueba de la acción educativa o preventiva discursiva del estado. Los trabajadores del sector salud traducen hasta un extremo pueril estos mensajes, mostrándolos como la quintaesencia de la simplificación y diseminación del conocimiento científico, e indicando los correctivos que el ciudadano insalubre debe poner en práctica para alcanzar el estatus ideal de ciudadano salubre [Briggs & Mantini-Briggs, 2003].

Esta ideología de comunicación crea los papeles desiguales de productores, difusores y receptores de la información en salud; coloca al público dentro de un espacio imaginario que no se corresponde de plano con ningún otro sector de la sociedad y donde jamás aparecen símbolos ligados a los problemas de las clases pudientes. Es decir, imágenes como las de Pedrito y su mamá no se identifican con la población pobre y rural por su carácter denigrante y retrasado (ningún niño o persona del medio rural va a matar a un mosquito con escudo y espada) y, así mismo, ninguna madre de clase media sin exponerse a ser clasificada de negligente, permitiría que sus hijos jueguen con objetos recogidos del basurero; se crean así obstáculos que impiden la identificación del público con los personajes y peor aún, promueven el rechazo del mensaje.

Los personajes en esta historia de prevención asimilan pasivamente su responsabilidad por la ocurrencia de la enfermedad sin critica, protesta, ni inter-

pretación; solo incorporan los conceptos hegemónicos en sus comportamientos, integrándose sin una reflexión critica al esfuerzo del estado por proteger la salud de sus ciudadanos en cumplimiento de sus funciones; cuestión que se reedita en los folletos del servicio de recolección de basura aparentemente regular [Rosenberg, 1962]. De esta forma, se coloca a los ciudadanos en la posición de retribuir el esfuerzo del estado con la obligación tácita de participar en la estrategia preventiva como facilitadores de la acción médica [Briceño & Leon, 1998], aceptando la autoridad médica que en nombre del estado dictamina las nuevas formas de conductas y convivencia de los individuos, con el poder para decidir sobre la organización de su vida y hasta la situación física de sus cuerpos en determinado momento, reproduciendo una relación de hegemonía/subalternidad [Menéndez, 1998].

En definitiva, las construcciones simbólicas que rodean las imágenes y mensajes de Pedrito y su mamá, los establecen como individuos aislados de su contexto, despolitizados, que no sufren de la falta de servicios básicos, y tampoco sufren de los efectos de las políticas neoliberales y privatizadoras de los servicios públicos. Características impuestas por las políticas socio económicas y estatales empujadas por los organismos prestatarios internacionales y las elites nacionales, que son promotores de las reducciones del gasto interno de los países y que han impuesto un orden para el que no interesa medir los padecimientos de los ciudadanos que viven en una sociedad desigual, cargada de problemas psico-sociales y que responde a una distribución desigual de la salud-enfermedad [Armada & Montaner & Navarro, 2002; Briggs & Farmer, 1999].

REFERENCIAS

- ALMEIDA FILHO, N DE (1989). Epidemiologia sem numeros : uma introducao cri tica a ciencia epidemiologica. Rio de Janeiro: Campus
- ALTHEIDE, DL (1995). An Ecology of Communication: Cultural Formats of Control. New York: Aldine de Gruyter..
- ARMADA FRANCISCO, MONTANER CARLES, AND NAVARRO VICENTE (2002). Income Inequality and Population Health in Latin America and the Caribbean. Hispanic Health Care International. The Official Journal of the National Association of Hispanic Nurses 1(1): 42-55
- BAER, HA, M SINGER, I SUSSER (1997). Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- BARROS JAC (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. [Pensando el proceso salud-enfermedad: ¿A qué responde el modelo el modelo biomédico?] Saúde e Sociedade (San Pablo, Brasil) enero-julio; 11(1):67-84.
- BREILH, J (1994). Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo). Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- BREILH, J (2003). Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, AR: Lugar Editorial
- BRICEÑO-LEÓN R (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cadernos de Saúde Pública (Río de Janeiro, Brasil); 14(2): 141-147
- BRIGGS CHARLES Y MANTINI-BRIGGS CLARA (2003). Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare. Berkely: University of California Press
- BRIGGS CHARLES Y FARMER PAUL (1999). Infectious diseases and social inequality in Latin America: From hemispheric insecurity to global cooperation (Working Paper Series Number 239). Washington, DC: Woodrow Wilson Internacional for Scholars-.Center
- CALHOUN, C, ed. (1992). Habermas and the public sphere. Cambridge, MA: MIT Press
- CASTELLS, M (1996). The Information Age: Economy, Society and Culture. Vol. I, The Rise of the Network Society. Oxford: Blackwell
- EPSTEIN, S (1996). Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge. Berkeley, CA: Univ. of Calif. Press
- FARMER, P (1992). AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Berkeley, CA: Univ. of Calif. Press
- FARMER, P (2003). Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: Univ. of Calif. Press
- FOCAULT MICHEL (1987). El Nacimiento de la Clínica una arqueología de la mirada médica, siglo XXI Editores
- FOUCAULT, M (1973). The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. Transl. A Sheridan. London: Tavistock.
- FREIRE, PAULO (1970). Pedagogy of the oppressed New York: Seabury Press.
- HAMMONDS, EM (1999). Childhood's Deadly Scourge: The Campaign to Control Diptheria in New York City, 1880-1930. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press.
- HARAWAY, DJ (1997). Modest_Witness@Second_Millennium.Femaleman_Meets_OncoMouseTM: Feminism and Technoscience. New York: Routledge
- HARDING S, ed. (1993). The "Racial" Economy of Science: Toward a Democratic Future. Bloomington: Indiana Univ. Press
- LAURELL, AC (2000). Structural Adjustment and the Globalization of Social Policy in Latin America. International Sociology 15(2):306-25
- MARTÍN BARBERO, J (1987). De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía. Mexico City: Ediciones G. Gili
- MENÉNDEZ EL (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Cuadernos Médico Sociales mayo; 73:5-22
- MENÉNDEZ, EL (1981). Poder, estratificación y salud: Analysis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Mexico, DF: La Casa Chata.
- NAVARRO, V (1998). "Neoliberalism, 'Globalization,' Unemployment, Inequalities, and the Welfare State." International J. of Health Services. 28(4): 607–682
- ONG, A (1995). Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refugee medicine and cultural citizenship in California. Soc. Sci. Med. 40(9):1243-57
- ROSENBERG, CHARLES (1962). The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866, Chicago: University of Chicago Press.
- SHAH, N (2001). Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown. Berkeley: Univ. of Calif. Press
- SINGER, M, H BAER (1995). Critical Medical Anthropology. Amityville, NY: Baywood.
- SMEDLEY, BD, STITH AY, NELSON AR, eds. (2002). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington: Natl. Academies Press
- WARNER, M (2002). Publics and counterpublics. New York: Zone

16 La Desesperanza de Vida en América Latina Evidencias para una *autopsia psicosocial* del suicido

Arturo Campaña

La técnica de indagación post mortem de la historia y pormenores personales, familiares y sociales de los suicidas, suele llamarse autopsia psicológica. A la manera de una autopsia física, ésta también es recurso cruento, doloroso y poco agradable, pero ayuda ciertamente a descubrir y orientar en torno a las razones de una trágica determinación. La idea de fondo es sistematizar el conocimiento alcanzado en base de la observación atenta, la recolección de testimonios, el seguimiento de pistas, hacer una tipología de motivaciones y diferenciar riesgos por grupos, etcétera, e instrumentar medidas para la reducción y control de esta causa de muerte. Procedimiento similar es en cierta forma aplicado a la investigación de las razones que han llevado a una persona a convertirse en objeto de homicidio y otras causas de muerte violenta. A través de estas indagaciones, referidas a casos individuales, surgen hipótesis y explicaciones que muestran la enorme complejidad de la conducta suicida y demás conductas violentas. Las interpretaciones abarcan una gama que va desde las sospechas puestas en la predisposición genética y en la proclividad bioquímica del sujeto, pasan por tomar en cuenta las carencias y defectos psicoafectivos en el ámbito individual, familiar y social de estructuración de la personalidad, y llegan a la consideración de sufrimientos inhumanos más directos, como el desempleo, el hambre y la marginación.

En este contexto, hablar de "constelación de factores conducentes a la desesperanza y a la soledad" se está convirtiendo en fórmula corriente. Consideramos que en el campo psicosocial tal concepto no deja de tener valor, pues remite a la idea de un ensamblaje de determinaciones propios de diferentes dimensiones y dinámicas de la vida humana, y de alguna manera encamina a evitar la adhesión a explicaciones causales supuestamente integradoras pero unilaterales, sobre todo aquellas que tienden a reducir lo social a lo monetario y quisieran fundar sus explicaciones apelando a simples correlaciones numéricas y estadísticas, entre causas de muerte violenta e indicadores socioeconómicos sueltos. Sin embargo, el concepto constelación factorial conlleva un peligro similar: aligerar el peso de la determinación social y opacarla -e inclusive desaparecerla- al privilegiar en el análisis multiplicidad de importantes mediaciones y determinaciones, pero arrancadas o aisladas de su relación y unidad con el desenvolvimiento general e histórico de la vida. El estudio del comportamiento humano y de la salud mental colectiva, así como nos obliga a no perder de vista el rol de los antiguos referentes antropológicos, culturales, emocionales e intelectivos propios de cada pueblo, obliga también a seguir con atención las modificaciones, desplazamientos , ajustes y desajustes de la matriz social en que se desenvuelve actualmente la vida espiritual de los mismos. Por ejemplo, si en Yucatán, México, prevalece cierta "cultura del suicidio" asociada con la importancia espiritual que especialmente las mujeres conceden a Ixtab, la "diosa maya del ahorcamiento", esa culturalidad debe ser considerada a la hora de interpretar el problema del suicidio y la preferencia de la horca entre las yucatecas; pero no puede ser suficiente para explicar por qué en Yucatán en tan corto tiempo se haya llegado al doble de la tasa promedio nacional de suicidios, y por qué, al igual que Campeche, muestre entre 1990 y 2001 aumentos preocupantes del suicidio femenino.

Así mismo, la famosa leyenda del suicidio masivo de los chiapanecas en el Cañón del Sumidero, como decisión colectiva de privarse la vida antes que aceptar la dominación de los conquistadores españoles, ha de recordarse y relativizarse ahora al momento de interpretar por qué Chiapas presenta en el 2001 la tasa más baja de suicidios en México y por qué de 1990 a 2001 ha disminuido de 1.98 a 1.03 por cien mil habitantes. Quizás no resulte ilógico pensar que el espíritu colectivista de los chiapanecos y chiapanecas, actores de una de las más importantes rebeliones antineoliberales, que se diera a conocer a inicios de 1990 y que prosigue firme en la actualidad, haya encontrado motivos para creer llegado el momento ya no del sacrificio dignificante de la muerte contra el oprobio de la esclavitud, sino de la resistencia colectiva, de la gesta por la liberación, la vida y la esperanza.

El panorama epidemiológico del suicidio en el período de implantación del modelo neoliberal en nuestros países, que veremos en base de unos pocos ejemplos más adelante, invita a considerar que, más allá de los consabidos números que sustentan los índices del llamado "desarrollo humano" manejados por las agencias del sistema capitalista internacional, y que se ufanan de la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna, del acceso a la escuela primaria, a la vacunación, y a unas cuantas coberturas de servicios básicos, el modelo está indiscutiblemente agrandando la brecha entre propietarios y no propietarios, imponiendo condiciones laborales injustas y perjudiciales para la salud, generando cada vez mayor desempleo y marginación, destruyendo las redes comunitarias de solidaridad, los vínculos familiares, los principios de la educación, los valores humanos y los sentidos sociales de orientación y de identificación, en fin, generando espacios de incertidumbre y de falta de perspectivas para grupos humanos cada vez más grandes si se tiene en cuenta la proporción de gente que va engrosando la franja de la pobreza.

Como lo destaca un autor chileno [Camus, 1999], estos "costos sociales" del progreso neoliberal no solo estarían reflejándose en el incremento de conductas como la delincuencia, el abuso de drogas, el alcoholismo, la corrupción, sino en la elevación de otras menos visibles y menos cuantificables como la tristeza y la desesperanza, materializadas en cuadros de depresión franca, o encubierta en variadas formas de somatización. Y lo dice James Petras: "lo que no ha recibido una atención seria es el daño psicológico infligido a los trabajadores asalariados y eventuales, que en muchos aspectos es tan grave como las pérdidas materiales. Las entrevistas, los testimonios y las visitas a las comunidades revelan las patologías mentales debidas al desempleo, a la inseguridad en el trabajo y a la degradación de éste: los índices de depresión crónica, de rupturas familiares, de suicidio, de violencia doméstica, de malos tratos infantiles y de comportamiento antisocial están en aumento, en particular si los desempleados se encuentran aislados o son incapaces de exteriorizar su hostilidad y su rabia mediante la acción social colectiva. La impotencia social y política del individuo genera impotencia personal y se expresa bajo la forma de pérdida de la autoestima, de trastornos sexuales y de inversión de la rabia hacia el interior, lo cual da lugar a un comportamiento autodestructivo.

Soy de la opinión –dice Petras- que la organización y la acción colectivas, bajo la forma de movimientos de desempleados, de organizaciones sociales comunitarias que llevan a cabo exigencias colectivas tienen un efecto positivo no sólo sobre la creación de nuevas oportunidades de trabajo, sino también desde el punto de vista terapéutico. Las luchas colectivas incrementan la autoestima y la eficacia personal, crean solidaridad y ofrecen una perspectiva social, todo lo cual reduce la anomia." [Petras, 2002].

Siguiendo a Petras: "La salud mental, más que un trastorno hereditario o anclado en las experiencias infantiles, está socialmente determinada por las relaciones de poder, lo cual sugiere que quienes sufren de enfermedad mental o depresión inducidas por el desempleo, la inseguridad laboral o la disminución del nivel de vida, pueden acceder a la curación a través de la resocialización adulta (la conciencia de clase), ya sea a través de la organización colectiva o de la acción social. [Petras, 2002].

Con el ejemplo de tres países americanos para los que se tienen estudios o estadísticas actuales confiables sobre muertes violentas en base a la comparación con sus datos precedentes, nos proponemos, en los párrafos que siguen, examinar las variaciones del perfil epidemiológico de mortalidad por causas asociadas con depresión y/o angustia y empezar a documentar su posible vínculo con los condicionamientos propios del ejercicio macroeconómico y macropolítico neoliberal. Empezar, en suma, a testar nuestra hipótesis de que la dinámica del capitalismo actual comporta una capacidad psicopatogénica sin precedentes en la historia (Ver tabla 1).

Las tasas de suicidio de los países americanos en el siglo pasado eran, como se sabe, muy distintas, habiendo países de tasas bajas, medias y altas. Pero se notaba una tendencia a mantener dichas tasas en relativa. Actualmente, dejando a un lado el caso de Cuba (país que aunque muestra últimamente un importante descenso en las tasas de suicidio mientras otros países muestran aumento amerita un análisis contextualizado en el escenario generado por los rigores del criminal bloqueo imperial, como también en de la transición del capitalismo al socialismo inevitablemente dolorosa sobre todo para las clases propietarias), la mayoría de países de América, sujetos todos de una u otra forma a las presiones ejercidas por el modelo neoliberal, han empezado a mostrar desde hace aproximadamente veinticinco años una elevación inusual de los suicidios, en algunos casos tan alta que incita a los salubristas a usar más y más el término epidemia. Nótense si no, en

TABLA 1
TASAS ESTIMADAS DE SUICIDIO (POR 100.000 HABITANTES) AJUSTADAS POR EDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, INICIOS DE LOS 80'S, FINAL DE LOS 90'S Y COMIENZOS DE LOS 2000

PAIS	INICIOS DÉCADA 1980	FINES DÉCADA 1990	INICIOS PRIMERA DÉCADA 2000	PAIS	INICIOS DÉCADA 1980	FINES DÉCADA 1990	INICIOS PRIMERA DÉCADA 2000
Argentina	7.0	5.9	8.2	Estados Unidos	10.6	9.7	10.4
Brasil	1.7	5.0		México	1.9	3.5	4.1
Canadá	12.1	11.7	11.8	Nicaragua	0.8 *	12.2	
Colombia	3.8	3.5		Panamá	2.8	5.3	6.3
Costa Rica	5.1	6.2	6.7	Paraguay	2.9	3.7	
Cuba	17.2	17.6	13.6	Perú	0.5	2.3	
Chile	5.2	6.1	10.9	Puerto Rico	9.4	7.3	7.8
Ecuador	3.6	5.3	5.9	Rep.Dominicana	3.0	2.1	
El Salvador	14.9	10.8		Uruguay	6.1	13.9	15.0
				Venezuela	10.6	5.5	

Fuente: La salud en las Américas, OPS. Edición de 2002. Las condiciones de salud en las Américas, OPS. Edición de 1990. CoreData Tabulator, PAHO. Elaboración: Arturo Campaña. *!974

la tabla 1, los incrementos de suicidio para países como Uruguay, Chile, Brasil, México, Ecuador, Argentina y Costa Rica.

México presentaba a principios de 1980 una de las tasas de suicidio más bajas en el mundo con 1.9 por cien mil habitantes y en la actualidad, según un último estudio [Puentes, López y Martínez, 2001] llega ya a 3.72, aunque con diferencias tan marcadas como que en Chiapas se registra una tasa de apenas 1.03 - ya hemos sugerido que Chiapas probablemente ilustre el caso del efecto protector de su lucha organizada, con su consecuente elevación de autoestima y reducción de anomia- y que en Campeche (9.68) y Tabasco (8.47) prácticamente se triplique la media nacional. Asimismo, según datos del INEGI, si el porcentaje de suicidio con respecto al total de muertes violentas en los Estados Unidos Mexicanos en los primeros años del 2000 se mantiene en alrededor de 7 y 8 por cien, en Campeche, en Yucatán y en Tabasco bordea el 20,0, el 16,0 y el 15,0 respectivamente, lo que hablaría de éstos como Estados especialmente depresivos.

Imposible además no asociar las altas tasas de suicidio de Campeche y Tabasco con el ahondamiento de su marginación posterior al Ajuste Estructural Impuesto en México por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional y a la aplicación del Tratado de Libre Comercio con América del Norte desde

1994. Según el Boletín Nº 244 de "Chiapas al día [CIEPAC, 2001], de los diez estados con mayor grado de marginación en México en el 2001, ocho pertenecen a la región Sur-sureste y en orden de más a menos marginados, detrás de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Puebla y Yucatán, están Campeche y Tabasco en los lugares 8 y 10.

Según la misma fuente, la mayor parte de los habitantes del Sur Sureste se encuentran actualmente comprendidos entre los más de 50 millones de pobres del país; y de los 851 municipios (10.6 millones de habitantes) considerados como de alta y muy alta marginación, el 83.9% (714) se concentran en el Sur Sureste (8 millones de habitantes). Destaquemos otro hecho complementario: bien es cierto que en México la causa del suicidio según tablas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática por lo general se ignora (58 %), debiendo con seguridad haber un subregistro de suicidios por dificultad económica, en 1991 y en 2002 lo consignado por esta causa no supera los 3,8 por cien suicidios; sin embargo ha habido un pico nacional de 5,2 por cien en 1995 y, en entidades federativas conocidas por el avance de la pobreza y la marginalidad, han habido momentos de inusitada suicidabilidad –a la manera de microepidemias- por razones económicas; en el 2002, en los Estados de Guerrero y Puebla, por ejemplo, se llegó a una proporción de 14,8 y 7,9 por cien suicidios respectivamente.

Y en Zacatecas, el asunto fue de extrema gravedad, pues la cifra alcanzó a 23,5. Otro pista de importancia es que en 1991 el porcentaje nacional de suicidios por disgusto familiar era de 6.7, y en el 2002 la cifra subió ya a 10.5, con Zacatecas a la cabeza (35,3%) seguido por Yucatán (19.5%), lo que a nuestro entender hablaría probablemente del aumento de la conflictividad en el hogar no raramente asociada con dificultad económica. Pero con seguridad lo que más alarma a los investigadores mexicanos es que el grupo de edad con mayor incremento de suicidios entre 1990 y 2001 sea el de 11 a 19 años, en el que la tasa ha variado, en apenas una década, de 0.8 a 2.27 mujeres por cien mil y de 2.6 a 4.5 varones por cien mil. El examen del porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por grupos quinquenales de edad entre 1990 y 2003 reportado por el INEGI es también muy revelador (ver tabla 2).

Por lo que se ve, el suicidio en México se duplicó en apenas doce años con respecto al total de muertes violentas, pero lo hizo sobre todo a expensas de las edades más jóvenes, llamándonos en especial la atención la casi cuadruplicación de este indicador en el grupo de 10 a 14 años (2,4 a 9,1 por cien) y el agravamiento del problema en las adolescentes y en las jóvenes, en las que más evidente se hace el aumento: de 1,8 a 10,8 –o sea más de cinco veces- y de 8,8 a 19,4 respectivamente. Lo cual nos estaría al parecer revelando el grado de desmotivación para vivir entre quienes están en los albores de la vida, el abandono y la falta de perspectiva y de organización social de buena parte de la juventud mexicana.

El caso de Uruguay es quizás en los últimos años el que mejor permite analizar el efecto desmoralizador de las grandes crisis socioeconómicas. Su economía ha sufrido varias transformaciones desde los 70 del siglo pasado, en que comienza su periplo de liberalización financiera y comercial. Al igual que todos los países de América Latina soporta la crisis económica –la de la exigencia del pago de la deuda externa- de 1982. Se recupera y se consolida a inicios de los 90 con la integración al MERCOSUR; pero empieza a manifestar los estragos de la crisis neoliberal ligados con el "efecto tequila" en la región en 1995, que se ahondan más tarde con la crisis brasileña y argentina a cuyas economías se encuentra más directamente ligado.

A diferencia de otros países de la región, Uruguay se caracterizó desde el siglo pasado por tener ta-

TABLA 2
PORCENTAJE DE MUERTES POR SUICIDIO CON RESPECTO AL TOTAL DE MUERTES VIOLENTAS POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, MÉXICO, 1999-2003

SEXO GRUPOS DE EDAD	1990	2003
Total	3.9	7.8
10 a 14 años	2.4	9.1
15 a 19 años	5.6	12.9
20 a 24 años	5.0	12.7
Hombres	4.1	8.2
10 a 14 años	2.7	8.4
15 a 19 años	5.0	11.3
20 a 24 años	4.9	12.4
Mujeres	3.1	6.4
10 a 14 años	1.8	10.8
15 a 19 años	8.8	19.4
20 a 24 años	5.7	13.9

Fuente: INEGI. Elaboración: Arturo Campaña

sas comparativamente altas de suicidio, casi siempre alrededor de 9 ó10 por cien mil habitantes, pero con la circunstancia nada curiosa de que, en la segunda y tercera décadas –que fueron décadas de gran depresión, no sólo económica, a nivel mundial- la tasa de suicidio rebasara los 12 casos por cien mil para volver a estabilizarse en alrededor de 10 e incluso bajar a 8.8 en 1988, y comenzar luego un sostenido ascenso desde 1992 hasta la fecha, cuando se alcanzan cifras tan altas como 16 por cien mil en 1998 , 15 por cien mil en el 2001 [Dajas, 2002] y un dramático 21,7 en el año 2002 [Montalbán, 2004]. O sea que estamos frente al hecho de la triplicación de una tasa, de por si ya alta, en una sola década.

Igualmente importante resulta la observación de Dajas en el sentido de que entre 1975 y 1996 la proporción inicialmente baja de montevideanos (2,5 por cien mil versus 15,0 por cien mil) en la determinación de las tasas totales de suicidio, haya subido tanto, que la diferencia con los interioranos tienda prácticamente a desaparecer (en 1996 la tasa en montevideanos asciende a 11,3 y la de interioranos está alrededor de 14,0 por cien mil). ¿Cómo explicar este marcadísimo incremento de la suicidabilidad de la gente de Montevideo, tradicionalmente menos afecta a la autoeliminación, en apenas dos décadas? Según los expertos de la economía del Uruguay la pobreza es más intensiva en el Interior del país, pero con cambios regionales de úl-

TABLA 3
INCIDENCIA DE LA POBREZA EN URUGUAY Y MONTEVIDEO TOTAL Y EN EDADES JÓVENES, 1999 Y 2003

AÑO	GRUPO	URUGUAY (%)	MONTEVIDEO (%)
1999	Total	15,3	15,0
	Menores 6 años	32,5	30,9
	De 6 a 12 años	28,3	26,7
	De 13 a 17 años	22,7	20,6
2003	Total	30,9	31,8
	Menores 6 años	56,5	58,2
	De 6 a 12 años	50,2	49,4
	De 13 a 17 años	42,7	41,3

Fuente: INE, Uruguay. Estimaciones de pobreza por el método de ingreso1999 a 2003. Resumen de la tabla, Arturo Campaña.

tima data que no se pueden dejar de considerar; y señalan que si estar en Montevideo en 1991 implicaba un descenso de la probabilidad de estar privado; en cambio en 1997 implicaba un incremento en la probabilidad de estar en la franja de privación. Remarcan que desde 1991 la desigualdad salarial y el acceso a bienes y servicios de educación, salud, e incluso de infraestructura básica, empeoraron y alcanzaron su nivel más crítico en el último año de su estudio. El cuadro que sigue muestra, adicionalmente, la caída en picada de los uruguayos en el pozo de la pobreza desde 1999 (15 de cada cien personas) al 2003 (31 de cada cien)(Ver tabla 3).

Hablando de la explosión de los asentamientos y la agonía del barrio pluriclasista abierto e integrador, que era propio de espacios urbanos como el de Montevideo y de Maldonado (cuyas tasas de crecimiento, comparadas con la media nacional que entre 1985 y 1996 era de 6.4 por mil, se habían disparado por sobre 25 por mil anual) se destaca que en los actuales asentamientos predominan familias desintegradas, marginadas de la cultura, y con composición predominante de niños y adolescentes que esquivan la educación formal aun cuando sea gratuita.

Y se dice en forma textual: "La sociedad montevideana tiende a partirse en fragmentos. Los extremos

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LA TASA DE SUICIDIOS POR CIEN MIL HABITANTES, POR GRUPOS SELECCIONADOS DE EDAD. URUGUAY 1985 Y 1996

GRUPO AÑO	15-19 A	20-24 A	25-29 A	30-34 A	35-39 A	40-44 A	45-49 A	50-54 A
1985	2,3	7,0	8,5	9,0	11,0	15,5	11,0	13,0
1996	10,0	13,0	14,0	15,0	9,0	21,0	8,5	24,0

Fuente: Dajas, F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Rev. Med. Uruguay; 17:28. Figura 5. Elaboración A. Campaña.

de riqueza y pobreza se han transformado en guetos impermeables. Las distancias entre quienes navegan dentro del sistema formal y quienes se han caído de él o nunca lo alcanzaron son muy amplias y en aumento. Los riesgos de violencia (la delincuencia es apenas un síntoma) aumentan cada día. La marginación, la escasa movilidad ascendente en el plano social y económico y el sentido de no pertenencia al sistema son, en el largo plazo, los principales enemigos de la democracia y la convivencia pacífica." La aguda observación de Dajas le permite destacar otras modificaciones importantísimas en el perfil de suicidio de los uruguayos en los últimos tiempos: el aumento de suicidios en mujeres como en hombres, aunque con persistencia del predominio masculino, y la proporción mayor en edades jóvenes pero también en las edades por encima de los setenta años. Y si bien está tentado a aliviar las angustias explicativas aduciendo que esta tendencia corresponde a una tónica del suicidio como fenómeno mundial, nos parece que en el caso uruguayo tiene claras relaciones con los cambios acelerados en su perfil social, consecutivos al impacto directo de la crisis del Cono Sur sobre la economía del país que, dentro del modelo, se volvió en los últimos años severamente dependiente de su desigual inserción en el mercado mundial y de la estabilidad y la suerte económica de Brasil y Argentina, vecinos hasta no hace mucho inmersos de lleno en el experimento neoliberal. Veamos el asunto en números, aunque lamentando que, por falta de datos, no podamos seguir al tramo del perfil correspondiente a los años más recientes y más críticos (ver tabla 4).

Nótense los cambios para el grupo de 15 a 19 años de edad (casi su quintuplicación en una década) y para los tres grupos siguientes (tendencia a la duplicación de sus tasas). Y salvo los grupos de 35 a 39 años y el de 45 a 49 años, en los que la cifra más bien resultara algo menor en 1996, los otros dos grupos incorporados a la tabla, el de 40 a 44 años y el de 50 a 54 tienen aumentos notables, especialmente el último, en el que la tasa prácticamente se ha duplicado. Sigamos en el cuadro siguiente la tendencia del número absoluto de suicidios por edad y por sexo (ver tabla 5).

En donde se observa el aumento notable de suicidas de sexo masculino en los cuatro grupos más jóvenes y el aumento también preocupante de las suicidas, aunque siempre superadas y por mucho por los varones, en casi todas las edades, con excepción del

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE SUICIDIOS POR GRUPOS SELECCIONADOS DE EDAD, EN HOMBRES Y MUJERES. URUGUAY 1990 Y 1998

GRUPO AÑO		15-19 A	20-24 A	25-29 A	30-34 A	35-39 A	40-44 A	45-49 A	50-54 A
1990	H	16	23	19	16	20	20	19	21
	M	2	6	5	4	7	8	5	5
1998	H	25	24	39	31	17	35	35	29
	M	3	11	9	6	4	14	11	6

Fuente: Dajas, F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Rev. Med. Uruguay; 17:27. Figura 4. Elaboración A. Campaña.

grupo de 35 a 39 años en el que el número más bien disminuyó. No le falta razón a Dajas al interrogarse si no será el incremento en los hombres maduros de entre 40 y 50 años, asociable con las angustias del desempleo. Observando la evolución de la tasa de desempleo uruguayo se nota un valor mínimo de 7% en 1981, que se dispara a 15,4% en 1983, que poco a poco va descendiendo hasta ubicarse en 9% desde 1987 hasta 1994 y luego, por la imposibilidad de acoger en el sector servicios a los desempleados de la industria y por la generación de desempleo en el propio sector de servicios a consecuencia de la baja de la demanda interna y argentina –asociados con la crisis mexicana- recomienza su ascenso, llegando a 11,5% en 1995. Más recientemente, con la crisis del Cono Sur, sube a13,6% en el 2000 y a un dramático 18,6% en el 2003.

Y, considerando que la tasa de suicidio en el grupo de 15 a 19 años ha pasado de 2,6 en 1985 a 9,9 por cien mil en 1996 como lo consigna un suplemento digital del Diario El País de mayo del 2004, a nosotros se nos antoja en cambio, que al margen de la importancia que Dajas y otros autores concedan a las carencias de apoyo afectivo familiar como desencadenante último de la ideación y de la conducta suicida en los adolescentes y jóvenes, las evidencias numéricas no se pueden abstraer de su vínculo con el ahondamiento de la pobreza y la privación social de las familias uruguayas en las últimas décadas, devenidas de pronto en espacios de disminuida capacidad para brindar la seguridad material y emocional que para su desarrollo humano los niños y los adolescentes requieren. Volviendo a la Tabla 3 veremos que la pobreza incide de tal manera que en tiempo corto, de 1999 a 2003, pasó en los tres grupos más jóvenes de valores de alrededor de 30 por cien a 57 en el de menores de seis años, a 50 en el de seis a doce, y a 43 en el de trece a diecisiete.

No está por demás señalar que según datos del Instituto Nacional de Estadísticas el número de divorcios registrados pasó de 4611 en 1987, un año antes del inicio de una larga recesión económica, a 9800 en 1991; tuvo un importante descenso pero sin bajar de 5700 hasta 1997, año en que la pobreza afectaba ya a 23,9 % de uruguayos, en que se disparó a 8347 divorcios, y en el 2001 y 2002 fue de 7409 y 6761 respectivamente. Lo cual significa que, sin tomar en cuenta los años más álgidos, los divorcios se incrementaron entre

1987 y 2002 en un 46,6 por ciento en Uruguay, pero con departamentos en donde, como Maldonado, en el 2002 se produjo un número 158 por ciento mayor de divorcios que en 1987. Recordemos, de paso, que Maldonado saltó del 13,1 % de pobres en el 2000 a 27 % de pobres en el 2002, a consecuencia de la debacle argentina y la disminución del flujo de turistas.

Ilustremos ahora la situación en el Ecuador, país rico en petróleo y en recursos como camarones, banano y flores, que en los últimos años de la década de los noventa cayó en la más honda de sus crisis correspondientes al período de las políticas de ajuste estructural iniciadas desde 1982.

Al arrastre de los problemas generados por el peso del pago de la deuda externa, deuda que para 1999 había llegado a alrededor de los 16.000 millones de dólares, hay que sumarle los gastos generados por el conflicto bélico de 1995 con el Perú, los daños causados por el Fenómeno de El Niño en 1998 en las provincias de la Costa del Pacífico, el festín de los recursos del estado por parte de sucesivas administraciones signadas por la corrupción, y el efecto devastador de la crisis financiera internacional que condujo a la congelación de los depósitos, a una inflación incontrolable, a la depreciación monetaria, a la salida de capitales, a la quiebra bancaria, a la paralización productiva y a la imposición del sistema dolarizado. En tales circunstancias, el deterioro de los salarios, el desempleo, la pobreza, la marginación y las inequidades sociales se dispararon a niveles insospechados. El desempleo, que se había mantenido buen tiempo en alrededor del 8% de la PEA, subió en 1999 a 17% y entre subidas y bajadas se ubica en la actualidad en alrededor del 12 %. Sin embargo los expertos recomiendan no olvidar que desde 1998 no menos de un millón de ecuatorianos en edad de trabajar emigraron, o sea que las reducciones en la tasa de desocupación no son ciertamente producto de la reactivación del aparato productivo. La pobreza nacional promedio, según los cálculos más conservadores ha subido desde 56 % en 1995 hasta cerca del 65% en el año 2002. Pero hay áreas rurales en donde la pobreza aflige a más del 90%. En fin, el país se debate, en medio de las incertidumbres creadas por una estrategia de estabilización y recuperación económica, que al parecer se sostiene en unos pocos imponderables como el precio internacional alto del petróleo y el volumen todavía alto de las remesas de los emigrados, por no citar sino dos de los más importantes.

La tabla 6 revela que de 1980 al 2002 la tasa nacional de suicidios pasó de 2,8 a 4,6 por cien mil. En la práctica, entre 1980 y 1996, con excepción de la Provincia Amazónica del Napo, en que la tasa tuvo una mínima disminución, todas las provincias muestran importantes incrementos. Sobre todo llama la atención el dramático aumento en Carchi, provincia fronteriza con Colombia, que de ser una de las de suicidio casi inexistente (0,7 por cien mil) en 1980, en el año 1996, con un incremento de casi veintiún veces alcanza el valor más alto del país (14,5 por cien mil) y en el 2002 continúa (10,1 por cien mil) dentro del grupo de provincias con tasas más altas de suicidio.

Otra provincia que también, aunque en menor escala, presenta notable incremento de su tasa es la de Bolívar: tasa de 6,8 por cien mil, once veces mayor en 1996 respecto a 1980 y que en el 2002 mantiene una tasa ciertamente alta de 6,2. La comparación de las tasas de 1996 y del 2002 muestra diez provincias con tendencia a la disminución y ocho con tendencia al aumento de los suicidios. Entre estas últimas llaman la atención el caso de Cañar, provincia con alto índice de emigración -redoblada más aún a raíz de la crisis del 2000- que de 5,8 suicidios por cien mil ha pasado a 10,2 en el 2002, y el de Zamora Chinchipe –provincia amazónica- que de 4,4 ha elevado su tasa a 11,1 en apenas seis años. En base a los datos del 2002 se van perfilando tres grupos claramente diferentes de suicidio por provincias. El grupo con tasa menor a 4 por cien mil: Galápagos, El Oro, Guayas, Los Ríos y Pichin-

cha. El grupo con tasa intermedia, de 4 a 8 por cien mil: Manabí, Imbabura, Loja, Sucumbíos, Chimborazo, Bolívar, Pastaza, Cotopaxi, Azuay, Tungurahua, y Napo. Y el grupo con tasa superior a ocho por cien mil: Esmeraldas, Morona Santiago, Orellana, Carchi, Cañar y Zamora Chinchipe (tabla 6).

Por todo lo analizado en estas páginas, que hemos subtitulado "Evidencias para una autopsia psicosocial del suicido y otras violencias en las Américas durante el despojo neoliberal", se resalta la necesidad de un trabajo científico que sistematice y clarifique las evidencias de los impactos en el campo mental del despojo en la condición psicológica de los pueblos e individuos "desheredados"; pero también la necesidad de ir construyendo participativamente conciencia para la organización y la acción políticas, contra un modelo que, como ninguno, es generador de patología psicológica.

TABLA 6
TASAS DE SUICIDIO EN ECUADOR Y EN SUS PROVINCIAS. AÑOS 1980, 1996 Y 2002

	T/100mil 1980	T/100mil 1996	T/100mil 2002	Incremento veces 80/96	Incremento veces 96/02
TOTAL PAIS	2,8		4,6		
CARCHI	0,7	14,5	10,1	20,7	0.7
IMBABURA	1,9	7,4	4,5	3,9	0,6
PICHINCHA	3,5	4,9	3,7	1,4	0,6
COTOPAXI	2,5	7,0	6,4	2,8	0,9
TUNGURAHUA	3,6	6,2	6,8	1,7	1,1
BOLIVAR	0,6	6,8	6,2	11,3	0,9
CHIMBORAZO	3,7	6,9	6,0	1,9	0,9
CAÑAR	2,8	5,8	10,2	2,1	1,8
AZUAY	2,5	6,1	6,4	2,4	1,05
LOJA	1,5	3,6	5,5	2,4	1,5
ESMERALDAS	2,2	5,0	9,5	2,3	1,9
MANABI	1,9	5,3	4,4	2,8	0,8
LOS RIOS	3,7	7,3	3,1	2,0	0,4
GUAYAS	3,4	3,7	2,9	1,1	0,8
EL ORO	2,2	2,9	2,7	1,3	0,9
SUCUMBIOS			5,9		
ORELLANA			9,9		
NAPO	6,5	6,3	7,2	0,97	1,14
PASTAZA	0,0	5,4	6,2	5,4	1,15
MORONA SAN	2,8		9,8		
ZAMORA CH	0,0	4,4	11,1	4,4	2,5
GALÁPAGOS	0,0		0,0		

Fuente: INEC, Ecuador. Anuarios de estadísticas vitales 1980, 1996 y 2002. Elaboración: Arturo Campaña.

REFERENCIAS

- ACOSTA ALBERTO, LÓPEZ OLIVARES SUSANA Y VILLAMAR DAVID (2004). Oportunidades y amenazas económicas de la emigración (IV). La Insignia, 27 Agosto.
- ANDREA SZALMIAN (2004). La tragedia escondida. El País Digital., Internet Año 9 – Nº 2826, Montevideo Uruguay. Sábado 1 de mayo.
- CAMUS ALBORNOZ GUILLERMO (1999). El suicidio como una forma de violencia societal. Ponencia presentada al XXII Congreso ALAS. Octubre.
- DAJAS, FEDERICO (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. Rev. Méd. Uruguay; 17:24-32
- DAJAS, FEDERICO (2002). Suicidio en Uruguay: el último incremento y la continua insensibilidad de las autoridades de salud. Carta al Consejo Editorial . Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 66 Nº2, Diciembre, página 164.
- INEC: Divorcios por año de registro, según departamento donde se dictó la sentencia, años 1987-2002.
- MONTALBÁN, ARIEL (2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema. Rev. Méd. Uruguay; 20:91
- Opiniones. Una sociedad fracturada. Comentarios al libro Desigualdades sociales en Uruguay, de Danilo Veiga y Ana Laura Rivoir publicado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. http://www.u-c.org.uy/opi0504.htm
- PETRAS, JAMES (2002). Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. Los perversos efectos psicológicos del capitalismo salvaje. Rebelión, La página de Petras, 20 de diciembre.
- PUENTES-ROSAS ESTEBAN; LÓPEZ NIETO LEOPOLDO; MARTÍNEZ MONROY TANIA (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev Panamericana Salud Pública vol.16 n° 2 Washington Aug.
- ROSSI, MÁXIMO Y ROSSI, TATIANA. Privación y pobreza en Uruguay (1989-97)
- SPREMOLLA, ALESSANDRA (2001). Persistencia en el desempleo de Uruguay. Cuad. econ., abr. 2001, vol.38, no.113, p.73-89. ISSN 0717-6821.



Biodiversidad: Destrucci n y Monopolio

17 El Control Sobre la Alimentación: El Caso de los Transgénicos

Elizabeth Bravo

Introducción

Las grandes corporaciones transnacionales, con la ayuda de sus gobiernos, quieren aumentar cada vez mas su control sobre el sistema productivo agrícola y la producción de alimentos en el mundo, empezando por el control de las semillas hasta llegar a la mesa del consumidor final. En este escenario, los cultivos transgénicos juegan un papel muy importante.

En el mundo se promocionan a las semillas transgénicas como una tecnología que llegó para quedarse de manera irremediable. Se aduce que sólo los transgénicos van a ayudar a aliviar los problemas del hambre "de la creciente población pobre del mundo".

En realidad vale la pena preguntarse qué intereses están detrás de la promoción de las semillas transgénicas en el mundo, si las necesidades de los pobres y menesterosos, o la necesidad de acumulación de las empresas transnacionales.

Para intentar responder esta respuesta, vamos a tomar el ejemplo de la soya transgénica.

¿Quién se Beneficia en el Negocio de la Soya Transgénica?

El mercado mundial de semillas de soya transgénica (soya RR) es el monopolio de una sola empresa, Monsanto. Ella comercializa semillas con resistencia a un herbicida que es producido y patentado por la misma empresa, el Roundup,

cuyo principio activo es el glifosato. Monsanto ocupa el segundo lugar a nivel mundial en venta de semillas, la tercera en venta de agroquímicos y la primera de semillas transgénicas (controla el 90% de este mercado). En el año 2001 tuvo un total de ventas de US$ 5.500 millones de dólares, de las cuales US$ 1.700 millones fueron de semillas y 3.760 de agroquímicos, siendo su producto estrella el herbicida glifosato.

La soya RR, es una variedad de soya en la que se ha insertado un "casete genético" que contienen el gen que le otorga a la soya resistencia al herbicida glifosato (gen RR), proveniente de un organismo con el que no está relacionado filogenéticamente, y que por lo mismo, jamás podría intercambiar genes. El casete de inserción contiene una serie de secuencias de ADN (provenientes de virus, bacterias que son parásitos genéticos) que le permiten a la soya aceptar estos genes extraños. Todo este "casete de inserción" está patentado. Los genes RR pertenecen a Monsanto.

Estos genes patentados, no otorgan a las semillas mayor productividad, lo único que hacen es convertir a los agricultores en dependientes de un modelo de control de malezas, que usa de manera intensiva un herbicida.

Independientemente quién venda las semillas de soya RR, Monsanto cobra regalías por el uso de "sus genes".

Comercialización de la Soya

El 88% de la soya que se comercializa a nivel mundial se utiliza para la producción de aceite, y con los residuos se hace pasta de soya que es usada como forraje. El 25% del aceite comestible proviene de soya. Cuatro empresas dominan el mercado mundial de la soya. Tres son de Estados Unidos: ADM, Bunge y Cargill. La cuarta empresa es francesa, Louis Dreyfuss. Estas empresas comprar soya para vender aceite y harina a los productores de alimentos animal y piensos y a compañías que hacen detergentes y químicos. Ellas controlan el 43% de la capacidad de elaboración de aceite en Brasil y el 80% de la Unión Europea, y las tres empresas de EE UU controlan el 75% del mercado de soya en su país. Es decir que, indistintamente de quien produzca la soya, son estas 4 empresas las que verdaderamente se benefician del negocio de la soya.

ADM es el más importante receptor de subsidios corporativo en la historia reciente de EE.UU. Por lo menos 43 por ciento de ganancias anuales de ADM es de productos fuertemente subsidiados o protegido por su gobierno. Además, cada $US1 de ganancias ganada por la operación de edulcorante de maíz de ADM cuesta a consumidores $US10, y cada $US1 de ganancias por su operación de etanol les cuestan a los contribuyentes $US30.

Bunge, constituye el mayor procesador de aceite de soya a nivel mundial. Es la empresa líder en el Cono Sur y tiene importantes intereses en América del Norte y Europa. Son además los más grandes importadores de commodities relacionados con soya en el Asia, y el principal proveedor de harina en el Medio Oriente. Bunge compra, procesa y vende productos alimenticios humano y animal para mercados domésticos o para la exportación, así como granos y semillas.

Cargill tiene su propio control en la cadena alimenticia, con operaciones en 23 países. Esta empresa controla el 40% de todas las exportaciones de maíz en los Estados Unidos, el 33% de las exportaciones de soya y el 20% de trigo.

El Mercado de Carne de Res en Europa

La Unión Europea con 36,9 millones de toneladas de soya al año, es el primer importador a nivel mundial. Su principal uso es como alimento de ganado. Se prevé que en los próximos años, el consumo

de soya en Europa aumentará. La producción de soya como pienso subiría en un 4,6% anual en los próximos 15 años. De acuerdo a datos de la industria, para el año 2011, las producción de soya podría ser de 260 millones de toneladas métricas, que representa un 33% más que la producción actual.

El sector de camales y procesamiento de carnes está sufriendo un acelerado proceso de concentración en la Unión Europea. En varios países el número de camales se reduce año a año. En lugar de pequeños camales locales, existen grandes plantas de procesamiento, que con frecuencia establecen convenios directos con los productores. Por ejemplo en el Reino Unido, el número de camales bajó de 1671 en 1971 a 436 en 1994. El número de plantas de procesamiento hoy tienen que ser mucho menores. Esto en parte se debe a que sólo las grandes procesadoras pueden cumplir con la normativa europea en este campo. Esta es una tendencia de concentración en este sector, va a ir en aumento.

Las 10 mayores empresas en el negocio de la carne de res en Europa son:

1. Arcadie-Bigard-Francia
2. Socopa - Francia
3. Anglo-Irish Food Processors-Irlanda/Inglaterra
4. Südfleisch - Alemania
5. Dawn Meats-Irlanda/Inglaterra
6. INALCA-Italia
7. Danish Crown-Dinamarca
8. Moksel-Alemania
9. Kepak-Irlanda/Inglaterra
10. SVA-Francia

Fuente: Nielsen y Jeppesen, 2001

La carne es posteriormente procesada por las grandes corporaciones de la industria alimenticia europea, entre ellas se destacan Nestlé (Suiza), la empresa más grande en el mundo en el campo del procesamiento de alimentos, y que tuvo ventas en el año 2002 por 54.254 millones de dólares y Unilevel (Holanda/Inglaterra), la tercera en el mundo con ventas de 25.670 millones de dólares en el 2002.

La comercialización de la carne, procesada o no, en Europa está en manos de grandes cadenas de supermercados o ratailers. Estas empresas tratan de crear sus propias marcas, e incrementar su monopolio en el sector, por medio de establecer contratos directos con plantas de procesamiento y ganaderos. Las más grandes son:

EMPRESA / PAIS	VENTAS EN EL 2000 En millones de dólares
Carrefour - Francia	59,888
Ahold -Holanda	49,000
Metro - Alemania	43,371
Rewe - Alemania	34,854
Edeka - Alemania	28,894
ITM - Francia	24,894

Fuente: ETC Group. 2001.

Otras Empresas Beneficiadas

Otros sectores importantes son las empresas que se han especializado en invertir en capitales de riesgo. Estas pueden ir a banca rota, o pueden obte-

ner ganancias gigantescas de sus inversiones. Algunas han incursionado en el campo de la biotecnología, entre las que se incluye el 3i Group plc, Lloyds TSB Development Capital Ltd de Inglaterra y Midlands Venmture Fund Managers Ltd de Inglaterra.

Otro sector se dedica a asesorar o actuar como "brokers" para las empresas agroquímicas y biotecnológicas, entre las que se incluyen:

- Credit Suisse First Boston que ha sido asesor de Aztra Zeneca y DuPont. Actuó como broker de Rhone-Poulenc y en la fusión de Hoechst con Aventis

- Deutsche Bank ha sido asesor de AksoNobel cuando Hoechst su subsidiaria a Rhone-Poulenc

- Morgan Stanley Dean Witter & Co es el broker de DuPont

Todas estas empresas se benefician de una manera o de otra, del comercio mundial de soya transgénica.

Mientras Tanto, ¿Qué Pasa en los Países Productores?

El principal productor de soya es Estados Unidos (produce el 35% de la soya a nivel mundial), seguido por Brasil (27%), Argentina (17%), China (9%, toda su producción es para autoconsumo), Paraguay e India (2%) y Bolivia (1%). Como región, el Cono Sur es la zona más importante en para la producción de soya.

En cuanto a las exportaciones, Brasil es el líder mundial, que ocupa el 31% del mercado mundial, Estados Unidos con el 29% y Argentina con el 28%.

Hay tres modelos de producción de soya en el Cono Sur:

- Con arado y rotación de cultivos (por ejemplo sorgo, maíz, o soya), con o sin semillas genéticamente modificadas. Cuando se necesita riego, se puede rotar con algodón. Este modelo se practica en algunos lugares del Argentina

- Siembra directa, sin semillas transgénicas, los residuos del cultivo de los da al ganado. Este modelo se practica en el Centro Oeste del Brasil. Se requiere mucho uso de herbicidas

- Siembra directa con semillas tolerantes al glifosato (soya RR de Monsanto). Se hacen dos campañas de soya al año.

Desde la década de 1970 el Cono Sur ha vivido un proceso de expansión del cultivo de soya, especialmente Brasil, Argentina, Paraguay y Bolivia, a un costo ambiental muy alto. Entre 1970 y 1980 prácticamente ha desaparecido la Mata Atlántica en Brasil, y hoy se atenta con este ecosistema en Paraguay. Se han afectado también los bosques Chiquitanos, las Yungas, el Pantanal, el Cerrado y la selva amazónica para dar paso a las plantaciones de soya, esto, fundamentalmente para alimentar al ganado europeo y beneficiar a las 4 empresas que controlan el mercado mundial de la soya.

Ya que se prevé un aumento significativo en el consumo de carne en Europa, se requerirá grandes extensiones para la expansión de este cultivo. Luego de hacer un análisis de las zonas donde existen los suelos más aptos, las legislaciones más adecuadas y una infraestructura suficiente, se ha destinado al Cono Sur como la región ideal para la expansión de la soya.

A continuación se resume qué áreas han sido ocupadas por la soya en el Cono Sur, y que áreas podrían ser impactadas en el futuro (ver cuadro en la siguiente página).

PAIS	PRODUCTOR A NIVEL MUNDIAL	ÁREAS AFECTADAS (ha.)	ÁREAS PROGRAMADAS PARA LA EXPANSIÓN DE LA SOYA (ha.)
BRASIL	1er exportador 2do productor. Produce el 27% de la producción mundial.	21 millones en cerrado, bosques tropicales y Mata Atlántica, Pantanal, Caatinga.	70 y 100 millones, de las cuales, entre 30 y 40 millones de Ha podrían ser de cerrado y 7 millones en bosques tropicales.
ARGENTINA	3ro. Produce el 17% de la producción mundial. El 98% de la soya sembrada es genéticamente modificada	14,3 millones en Pampa Húmeda, Yungas y Chaco	25 millones, en Pampa Húmeda, Yungas y Chaco
PARAGUAY	4to. Produce el 2% a nivel mundial. 80% soya RR	1.750.000 en Pantanal, la Mata Atlántica y el Chaco.	3.500.000 en Pantanal, la Mata Atlántica y el Chaco.
BOLIVIA	7to. Produce el 1% a nivel mundial. Libre de OGM	600.000 en Bosque tropical	1.200.000 en Bosque tropical y Chaco

Fuente WWF, 2004

El proyecto de la Hidrovía Paraná-Paraguay tiene como razón de ser el acceso rápido y económico de las commodities al puerto para su exportación, especialmente soya.

Las inversiones de obra en este caso no las realizan los capitales privados sino que los gobiernos que comparten el proyecto (Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Bolivia) para mejorar las condiciones de navegabilidad a partir de obras de dragado de las cuencas, cambio de curso de los ríos, corrección y estabilización de los canales de navegación, señalización y balizamiento para permitir el flujo de convoyes de empuje con calado mínimo de 10 pies, 350 metros de eslora y 60 metros de mangas, durante las 24 horas y los 365 días del año.

Se calcula que 48% del uso de la hidrovía será dedicado al transporte de granos y fertilizantes. A lo largo del río Paraná se han asentado plantas de procesamiento de soya, en gran parte controladas por las empresas antes mencionadas.

Impacto en los Sistemas Productivos

La expansión de la soja en Argentina ha desplazado otros cultivos como el arroz, el maíz, el girasol y el trigo; y ha trasladado otras actividades hacia áreas marginales. Desde 1988 ha habido una disminución de las unidades productivas en un 24,5%. Han desaparecido 103.400 chacras. Miles y miles de familias migran del campo a las periferias urbanas cada año.

El número de tambos (unidades productivas dedicadas a la ganadería) también disminuyeron. De 30.141 que había en el 1988, habían quedado solo

15.000 en el 2003, por lo que se ha tenido que reemplazar la proteína proveniente de la carne, por productos derivados de soya. La siembra directa usa poquísima mano de obra, lo que ha generado mayor desempleo rural en las zonas soyeras.

Problemas Agronómicos

En Argentina, el uso de glifosato ha aumentado desde que se adoptó la soya RR. En la campaña 1991/1992, se utilizó un millón de litros de glifosato. En 1998/1999 su consumo alcanzó a cerca de 60 millones de litros. Hoy se habla de 70 millones de litros, un promedio 2 litros de glifosato por habitante.

El uso de un solo tipo de herbicida y en grandes cantidades, está provocando cambios en las comunidades de malezas, no sólo en el número sino principalmente con la aparición de ciertas especies no comunes en estos sistemas. Se ha detectado además el desarrollo varias especies de malezas con tolerancia al glifosato, lo que obliga al agricultor a usar herbicidas cada vez más fuertes. Inclusive durante el barbecho, la soya que rebrota es considerada como una maleza y es controlada con herbicidas más fuertes que el glifosato.

La práctica de la siembra directa en soya, ha provocado que invertebrados comunes se transformen en plagas. Además, durante la campaña 2000/2001 la roya de la soya afectó seriamente los cultivos de soja en el Noreste Argentino.

Las variedades de soya tolerantes a herbicida tienen un rendimiento promedio de un 2,4% menos que las variedades convencionales.

Los Derechos de Propiedad Intelectual

Tradicionalmente los agricultores han accedido a las semillas que usan en sus campos, ya sea porque la comprar, la intercambian o la heredan de sus antepasados; y las guardan para sus siguientes cosechas.

Por eso es que ha sido difícil para las empresas transformarla en una mercancía, pues a diferencia de otras productos, la semilla es un ser vivo que puede reproducirse, lo que hace difícil su control monopólico. Para ello se han creado dos mecanismos que van de la mano: cambios tecnológicos en fitomejoramiento (a través del desarrollo de híbridos y los OGM); y la imposición de derecho de propiedad intelectual.

En Estados Unidos las variedades vegetales pueden ser protegidas a través de derechos de obtentor, o a través de patentes, pues desde 1985 la oficina de patentes de EE UU amplió el ámbito de la protección de patentes, para incluir plantas y animales no humanos, incluyendo semillas, planta, partes de plantas, genes, características genéticas y procesos biotecnológicos, y hoy busca ampliar el ámbito de la propiedad intelectual en el resto del mundo. Hoy lo hacen a través de los tratados de libre comercio.

En materia de patentes Estados Unidos quiere que se reconozca patentes sobre:

- plantas
- animales
- procesos esencialmente biológicos
- secuencias génicas y el material que contiene esas secuencias.

Impactos de la Propiedad Intelectual en el Comercio de Soya en el Cono Sur

A pesar de las altísimas ganancias que ha hecho Monsanto a costa de la agricultura argentina, Monsanto ha presionado fuertemente a ese país para que se establezca un sistema de pagos de regalías por las semillas de soya RR.

En este país, los derechos de propiedad intelectual sobre las semillas se ejercen a través de los derechos del obtentor. De acuerdo a la ley los agricultores pueden guardar semillas protegidas por derechos de propiedad intelectual, para volver a sembrar sus tierras. Aunque no se permite el intercambio de esas semillas con otros agricultores, en la práctica, esto es algo que no se puede controlar. Y la soya es un cultivo donde es muy fácil guardar semillas para volverla a plantar el siguiente año. Los agricultores consideran que es una práctica normal, pues ya pagaron por la semilla la primera vez.

Aunque Monsanto introdujo la soya RR bajo esta ley, cree que esta práctica "priva a la compañía de sus ganancias legítimas". Cifras de la zafra 2003-2004 demuestran que los agricultores pagaron $75 millones en regalías (que corresponde al 18% de las 14 millones de Ha. sembradas con soya RR). Se calcula que si todas las semillas vendidas hubieran sido semillas certificadas, este valor hubiera ascendido a $400 millones.

En un inicio, el negocio grueso de Monsanto en Argentina no estaba en cobrar regalías por las semillas. El negocio estaba en la venta del herbicida Roundup. Pero la patente del glifosato ya caducó y la mayoría de soyeros argentinos importan el glifosato de la China, donde es mucho más barato.

¿Se le acabó el negocio a Monsanto en Argentina?. No, porque ahora Monsanto pretende cobrar por una patente que no está registrada en el país, pero sí en países a los que se exporta soja argentina, al momento de la comercialización del granos donde la soya RR si está patentada.

Monsanto nunca patentó la soja RR en el país y la empresa no está en condiciones de imponer la patente al Argentina, si puede impedir la importación de la soya RR en aquellos países donde sí tiene registrada la patente.

La propuesta de Monsanto es que los productores paguen al momento de vender su cosecha, incluidos los productos derivados de soya como el aceite. Los exportadores actuarían como agente de retención para la compañía biotecnológica. Inicialmente la suma será del 2% por cada tonelada que se exporte. Esta cantidad subirá eventualmente al 3%.

Aunque el plan no es aun definitivo porque Monsanto continua negociando con el Gobierno y las organizaciones de productores, pero quieren ya implementar un sistema de cobro de regalías para la campaña 2004-2005. Si las propuestas que se han hecho no progresa, Monsanto está determinada a vender licencias de exportación de la soya.

Por cada dólar/tonelada que se pague como regalías en Argentina por exportaciones de soya, la multinacional recibirá 34 millones de dólares anuales (sin que los agricultores hayan comprado semillas de Monsanto).

A pesar de que Monsanto utilizó a la Argentina como plataforma de lanzamiento de la producción de soja transgénica y es un excelente cliente de Monsanto, los agricultores argentinos se quejan que Monsanto exigió el pago en dólares de las semillas y agroquímicos vendidos al fin de la convertibilidad. Cuando se inició la importación del glifosato de China, Monsanto presionó al Argentina para que se de un tratamiento arancelario que los privilegie.

Tratos similares se han hecho con productores en Brasil y Paraguay. Una vez que se legalizaron lo cultivos de soya RR que habían sido sembrado de manera clandestina en Brasil, con el aval de Monsanto, en 2003, los soyeros pagaron regalías por R$10/tonelada. En el 2004, las regalías se duplicaron a R$20/tonelada. En Paraguay también se legalizaron los cultivos ilegales. De acuerdo a un acuerdo firmado por los productores de soya, productores de semillas, cooperativas y exportadores, presentada al Ministerio de Agricultura para su aprobación, los productores van a pagar inicialmente $3 por cada tonelada métrica de soya a Monsanto. Luego de 5 años, la taza se incrementaría a $6/Ton.

Por otro lado, las empresas biotecnológicas requieren variedades adaptadas a las condiciones al país, para insertar en ellas, los transgenes patentados. Para esto, ellas han accedido al material genético que ha sido generado a través de programas de investigación pública, y esperan seguir teniendo libre acceso a este material, libremente.

Conclusiones

Lejos de alimentar a los pobres del mundo, la agrobiotecnología emerge como una actividad diseñada para incrementar las ganancias de las grandes corporaciones transnacionales biotecnológicas, de procesamiento, distribución y venta de alimentos y otras empresas involucradas en la cadena alimenticia.

La agresiva expansión de la agrobiotecnología ha sido posible debido a las presiones ejercidas por el gobierno de Estados Unidos para que los países adopten leyes sobre propiedad intelectual, inversiones y firmen tratados de libre comercio que obedezcan a los intereses de sus empresas. Esto lo hacen con la ayuda de las imposiciones del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que nos quieren obligar a usar nuestras mejores tierras en cultivos de exportación y a importar alimentos de estas transnacionales.

Independientemente de quién produzca commodities tales como la soya transgénica, es un puñado de empresas las que finalmente se benefician. Los países productores se quedan con tierras destruidas y contaminadas, y con un tejido social destruido.

La defensa de la soberanía alimentaria es una responsabilidad ineludible para enfrentar esta agresión. Pensar primero en la producción local y nacional; que se satisfagan nuestras necesidades alimentarias y culturales, con el uso de una tecnología que podamos controlar, son algunos elementos indispensables para alcanzar este objetivo.

REFERENCIAS

- AGÊNCIA CARTA MAIOR (2003). 6/11/2003
- AGROLINK (2003). Internet, 5-5-03
- ECONOMIC RESEARCH SERVICE (2004). Sitio web accesado en octubre.
- EUROPE ACADEMIES (2004). Science Advisory Council Genomics and Crop Plant Science in Europe. May.
- GAZETA MERCANTIL (2004). Monsanto dobra valor de royalties. 02/09/2004
- GRUPO ETC (2003). Oligopolio, S.A. Concentración del poder corporativo. Comuniqué 82.
- JOENSEN, L. SEMINO, S (2004). Grupo de Reflexión Rural. Estudio de caso sobre el impacto de la soja RR. Grupo de Reflexión Rural.
- KING, J. HEISEY, P (2003). Ag Biotech Patents: Who is Doing What? Amber Waves. The Economics of Food, Farming Natural Resources, and Rural America. USDA.
- NIELSEN, N.A., JEPPESEN, L.F. (2001). The beef market in the European Union. Working Paper No. 75 The Aarhus School Of Business
- PRESTES, S (2004). September 21, GM soybean controversy: 90% of Rio Grande do Sul harvest will be GM. Agência Brasil.
- RIVERAS, I (2004). "Monsanto Brazil seeks royalties for illegal RR soy " Reuters News
- WWF (2004). The Soy Boom: Two scenarios of soy production expansion in South America. Commissioned by WWF Forest Conversion Initiative.

18 La Explotación de Petróleo en la Región Amazónica del Ecuador: Una Emergencia en Salud Pública[1]

Miguel San Sebastián, Anna-Karin Hurtig
Anibal Tanguila, Santiago Santi
Asociación de Promotores de Salud "Sandi Yura"

Este artículo está dedicado a Angel Shingre, campesino y ambientalista que luchó toda su vida por una Amazonía libre de contaminación. Fue asesinado en Coca el 4 de noviembre de 2003.

Introducción

El petróleo es una de las principales fuentes de ingreso para Ecuador y desde 1970 ha funcionado como el motor de la economía nacional. Antes de la explosión del precio del petróleo en 1970, Ecuador era uno de los países más pobres de Latinoamérica. A partir de ese momento, la producción de petróleo ha sido uno de los principales responsables del crecimiento de la economía ecuatoriana (una media anual de 7%), con el ingreso per cápita elevándose de 290 USD en 1972 a 1.200 USD en el año 2000. Hoy el petróleo continua proporcionando el 40% de las ganancias por exportación y del presupuesto del Gobierno nacional [Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1999; Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, 2005]. La mayoría de este petróleo proviene de la zona nororiental del país, la región amazónica.

1. Este capítulo está basado en el siguiente artículo: San Sebastián M, Hurtig AK. Oil exploitation in the Amazon basin of Ecuador: a public health emergency. Revista Panamericana de Salud Pública 2004; 15(3): 205-211 y cuenta con el permiso de reproducción del Comité Editorial de la revista.

La región amazónica de Ecuador, conocida como el Oriente, ocupa un área de unos 100.000 km2 de bosques tropicales en las cabeceras de la red fluvial amazónica. La región contiene una de las colecciones de plantas y vida animal más diversas del mundo. El Oriente es también el hogar de unas 500.000 personas, el 4,5% del total de la población del país. Este medio millón de personas incluye ocho grupos de poblaciones indígenas así como campesinos que emigraron a la zona provenientes de las regiones costeras y andinas del país [Fundación José Peralta, 2001]. Esas poblaciones se trasladaron al Oriente a fines de los años 70 y principios de los 80 empujados por las políticas agrarias del Gobierno nacional.

En 1967, el consorcio Texaco-Gulf descubrió un rico yacimiento de petróleo bajo el bosque tropical amazónico que llevó a un "boom" petrolero que desde entonces ha ido modificando la región. La Amazonía de Ecuador contiene hoy en día una amplia red de caminos, tuberías y campos de petróleo. Aunque el Gobierno nacional ha retenido el derecho de propiedad sobre todos los recursos minerales, numerosas compañías privadas extranjeras han construido y operado la mayor parte de la infraestructura.

En la actualidad, las actividades de producción de petróleo en el Oriente ocupan aproximadamente un millón de hectáreas, con más de 300 pozos de producción y 29 campos petroleros. El país tiene 4,6 billones de barriles de petróleo de reservas probadas, con una producción diaria de alrededor de 390.000 barriles por día. Durante estos años (1967-2003), diferentes compañías han participado en el proceso de explotación petrolera. En la actualidad, existen 16 compañías operando en el país: Petroecuador, 3 compañías privadas nacionales y 12 compañías extranjeras [Petroecuador, 2005]. La figura 1 muestra las compañías que operan en el país y los bloques donde están ubicadas.

Desde el inicio de la explotación petrolera, las compañías extranjeras junto con Petroecuador han extraído más de dos billones de barriles de petróleo de la región amazónica. Sin embargo, en este proceso extractivo se han vertido al medio ambiente billones de galones de desechos tóxicos, gas y petróleo [Kimerling, 1991](ver cuadro en la página siguiente).

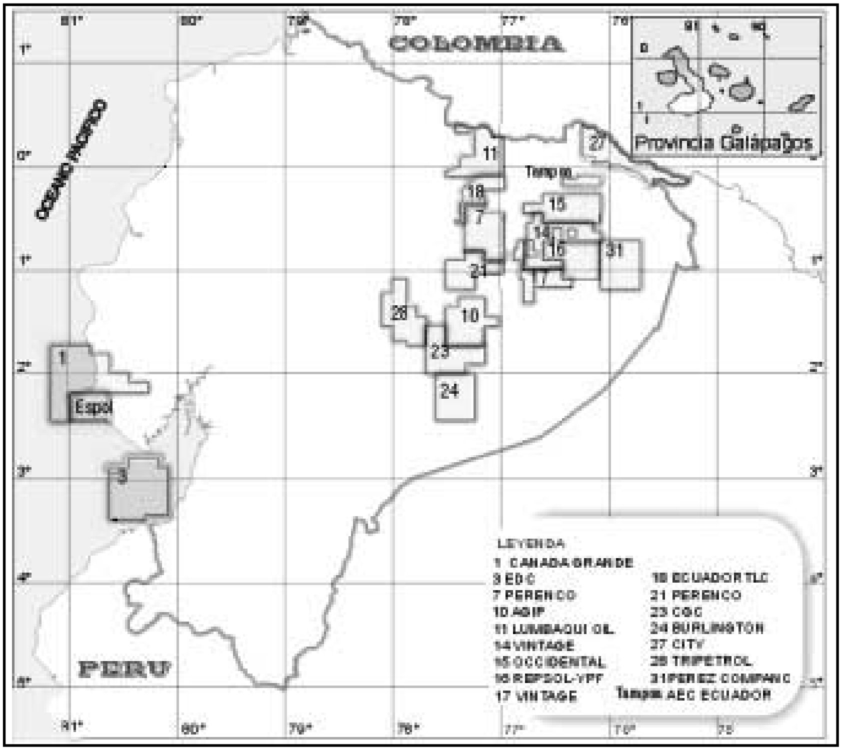
Este capítulo examina los impactos ambientales y para la salud ocasionados por el proceso de desarrollo petrolero en la región amazónica de Ecuador y sugiere diferentes mecanismos que podrían ayudar a paliar estos enormes impactos.

LA EXPOSICION AMBIENTAL

Fuente y extensión de la contaminación

La extracción de petróleo incluye varios procesos contaminantes. La gravedad de estos procesos depende principalmente de la práctica ambiental y la tecnología utilizada por las compañías petroleras. En Ecuador, estas prácticas han sido repetidamente cuestionadas [Kimerling, 1991; Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1994; Varea & Ortiz, Eds (1995].

En el interior de la tierra, el petróleo se encuentra mezclado con gas natural y agua de formación. En la región amazónica del Ecuador, cada pozo que se perfora produce una media de 4.000 metros cúbicos de desechos, principalmente lodos de perforación (utilizados como lubricantes) y aguas de formación (que contienen hidrocarburos, metales pesados y elevadas concentraciones de sales). Estos desechos se depositan con frecuencia en piscinas de tierra, de donde o bien son eliminados directamente al medio ambiente o bien se vierten al mismo por rotura de la piscina o desbordamiento debido a las lluvias [Kimerling, 1991]. En la actualidad, existen cerca de 200 piscinas sin protección en toda la región amazónica [Frente de Defensa de la Amazonía-Petroecuador (2003]. Aunque algunas compañías han modifica-



do esta práctica en los últimos 10 años mediante la construcción de piscinas protegidas, las prácticas anteriormente descritas son todavía frecuentes.

Si se detectan cantidades comerciales de petróleo, comienza la fase de producción. En esta fase, el petróleo se extrae mezclado con agua de formación y gas, los cuales son separados en una estación central. En estas estaciones, cada día se generan más de 4,3 millones de galones (16,3 millones de litros) de desechos tóxicos que se depositan sin ningún tratamiento en piscinas de tierra. Así mismo, provenientes de este proceso de separación, se queman en la Amazonía dia-

riamente aproximadamente 53 millones de pies cúbicos de gas. Este gas es quemado sin ningún tipo de control de emisiones o de temperatura. Una contaminación del aire adicional proviene de la evaporación de los hidrocarburos proveniente de las piscinas o derrames de petróleo [Kimerling, 1991; Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1994].

Se ha estimado también que los trabajos de mantenimiento de los más de 300 pozos de producción existentes en la Amazonía, generan más de 5 millones de galones (18,9 millones de litros) de desechos tóxicos que se depositan en el medio ambiente cada año. Escapes procedentes de los pozos y derrames de los tanques son también frecuentes [Almeida, 2000]. Según un estudio realizado por el gobierno ecuatoriano en 1989, derrames de las líneas de flujo que conectan los pozos con las estaciones ocasionaban la liberación de 20.000 galones (75.800 litros) de petróleo cada dos semanas [Dirección General de Medio Ambiente de Ecuador, 1989].

Los derrames de los oleoductos principales y secundarios son también frecuentes. En 1992, el gobierno ecuatoriano registró aproximadamente 30 grandes derrames con una pérdida estimada de 16,8 millones (63,6 millones de litros) de galones de petróleo [Kimerling, 1991; Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1994]. En 1989 al menos 294.000 galones (1,1 millones de litros) de petróleo y en 1992, alrededor de 275.000 (1 millón de litros) ocasionaron que el río Napo (1 kilómetro de ancho) bajara negro durante una semana. En el año 2002, se estimó que en la región ocurren dos grandes derrames de petróleo procedentes de los principales campos petroleros por semana [El Comercio, 2002].

En total, hasta 1993 se habían derramado más de 30 billones (113.700 millones de litros) de petróleo y desechos tóxicos en la tierra y los ríos del "Oriente" [Kimerling, 1991; Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1994]. Por comparar, el petrolero Exxon Valdez derramó en 1989 en las costas de Alaska 10,8 millones de galones (40,9 millones de litros) de petróleo, uno de los mayores derrames de petróleo en el mar jamás ocurridos.

Análisis ambientales

Numerosos informes han señalado que la contaminación en la región amazónica de Ecuador ha ocurrido desde el inicio de la explotación petrolera [Kimerling, 1991; Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1994; Varea & Ortiz, eds, 1995], a pesar de que no existen datos longitudinales sobre los niveles de exposición de la población durante este periodo de tiempo.

En 1987 un estudio realizado por el Gobierno ecuatoriano encontró elevados niveles de grasa y petróleo en 36 muestras tomadas de ríos y esteros cercanos a lugares de producción de petróleo [Corporación Estatal Petrolero Ecuatoriana (CEPE), 1987]. En otro estudio del Gobierno realizado en 1987, se informó que el petróleo procedente de 187 pozos era regularmente vertido en los cuerpos de agua y suelos de la región [Dirección General De Medio Ambiente De Ecuador (1989].

En 1994, el Centro de Derechos Económicos y Sociales, una organización nacional de derechos humanos y ambientales, publicó un informe documentando peligrosos niveles de contaminación por petróleo en los ríos de la Amazonía ecuatoriana. En ese estudio, se encontraron concentraciones de hidrocarburos aromáticos policíclicos en las aguas utilizadas por la población para beber, bañarse o pescar de 10 a 10.000 veces superiores a los límites permitidos por la Agencia de Protección Medio Ambiental (EPA) de los Estados Unidos [Centro de Derechos Económicos y Sociales (1994].

En 1998, un laboratorio independiente, habitualmente utilizado por las compañías petroleras, examinó

46 ríos en la región del Oriente. El estudio encontró contaminación por hidrocarburos totales de petróleo (HTP) en las áreas con explotación petrolera, mientras que no se encontró agua contaminada en las áreas sin explotación [Zehner & Villacreces, 1998].

En 1999, el Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunárriz" (IESCMA), una organización no gubernamental local, realizó análisis de agua para HTP en comunidades cercanas a campos petroleros y en comunidades alejadas de ellos. Los análisis mostraron elevadas concentraciones de HTP en los ríos de las comunidades cercanas a los campos petroleros. En algunos ríos, las concentraciones de hidrocarburos excedieron en más de 200 veces el límite permitido por la regulación de la Unión Europea [San Sebastián, 2000].

Desde 1992, por ley las compañías petroleras deben monitorear regularmente los niveles de contaminación ambiental y enviar los informes correspondientes al Gobierno nacional de Ecuador. Esta información no es accesible a la opinión pública. Sin embargo, cuando uno de estos informes se presentó en 1999 a una comunidad que se había quejado de la contaminación ambiental por petróleo en repetidas ocasiones al Ministerio del Ambiente, se encontraron concentraciones de HTP superiores en 500 veces el límite permitido por la regulación de la Unión Europea en los ríos de dicha comunidad. La compañía petrolera y el representante del Gobierno ecuatoriano sostuvieron que los niveles de HTP eran normales [Ministerio de Medio Ambiente de Ecuador, 1999].

En la región amazónica de Ecuador, existe una falta de datos sobre contaminación de suelos y su posible impacto, y no se ha realizado ningún estudio sobre el impacto que el desarrollo petrolero tiene en la pesca y en los peces. Sin embargo, estudios de la región amazónica de Perú encontraron altas concentraciones de HTP en el estómago y músculos de los peces después de un derrame de petróleo en el río Marañón [Dirección Regional de Pesquería de Loreto-Perú, 2000].

Los Efectos en la Salud

Durante muchos años, los residentes en áreas de extracción de petróleo en la región amazónica de Ecuador han expresado su preocupación por la contaminación procedente de la explotación petrolera. Tanto las comunidades indígenas como campesinas han informado que muchos ríos y esteros locales, antes ricos en pesca, carecen en la actualidad de vida acuática; también han observado cómo el ganado fallece tras beber agua de esos mismos ríos y esteros. Estas son las mismas aguas que la población utiliza habitualmente para beber, cocinar y bañarse. Los residentes de estas áreas han informado que el bañarse en estos ríos les ocasiona irritaciones de la piel, especialmente después de lluvias intensas, ya que éstas aceleran el flujo de los desechos de las piscinas cercanas a los ríos [Kimerling, 1991; Kimerling, 1995].

En 1993, una asociación de promotores de salud de la Amazonía realizó un estudio descriptivo en sus comunidades. El estudio sugirió que las comunidades en áreas de explotación petrolera tenían elevadas tasas de morbilidad, con una alta prevalencia de abortos, dermatitis, hongos en la piel y malnutrición así como una mayor tasa de mortalidad en comparación con comunidades donde no existía explotación petrolera [Unión de Promotores Populares de Salud de la Amazonía Ecuatoriana, 1993].

En 1997, el Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunárriz" (IESCMA) inició un proceso investigativo para evaluar el posible impacto en la salud de la contaminación por petróleo en comunidades cercanas a los campos de petróleo. En el primero de estos estudios, las mujeres que vivían en comunidades cercanas a los campos de petróleo mostra-

ron mayores tasas de diversos síntomas (micosis de piel, cansancio, irritación de la nariz, de los ojos, dolor de garganta, dolor de cabeza, del oído, diarrea y gastritis) que las mujeres que vivían en comunidades sin explotación petrolera [San Sebastián, Armstrong, Stephens, 2001]. También se encontró que el riesgo de abortos espontáneos era 2,5 veces mayor en mujeres que vivían en la proximidad de los campos de petróleo [San Sebastián, Armstrong, Stephens, 2002]. La investigación en 1998 de una agrupación de cánceres en una comunidad localizada en un área de explotación petrolera en la región amazónica de Ecuador, mostró un exceso de cánceres entre la población masculina [San Sebastián & Col., 2001]. En el año 2000 otro estudio examinó las diferencias en la incidencia de cáncer durante el periodo 1985-1998 en la región amazónica de Ecuador. Este estudio encontró una incidencia de cáncer significativamente más alta tanto en hombres como en mujeres en los cantones donde la explotación petrolera llevaba más de 20 años. Se observaron significativamente elevados los cánceres de estómago, recto, melanoma, tejido subcutáneo y riñón en los hombres y los cánceres de cuello de útero y el linfoma en las mujeres [Hurtig & San Sebastián, 2002]. Recientemente se ha observado también un mayor riesgo de leucemia infantil en cantones donde existe explotación petrolera [Hurtig & San Sebastián, 2002].

La Respuesta del Gobierno

Los campesinos e indígenas de la región amazónica han presentado sus quejas a las diferentes administraciones del Gobierno nacional. Los habitantes de esta región han reclamado una mejor calidad de vida, la presencia de las necesidades básicas como electricidad, el suministro de agua y servicios de salud, asistencia técnica y sobre todo, la remediación de la contaminación ambiental. A través de sus organizaciones y con apoyo de organizaciones ambientalistas nacionales e internacionales, los residentes del Oriente han solicitado que las compañías limpien la contaminación y sean compensados por los daños ocasionados por esta contaminación. Las medidas adoptadas hasta el momento por las compañías y las diversas administraciones del Gobierno Nacional han sido descritas como "parches" (recubrimiento de algunas piscinas, construcción de escuelas, caminos) sin enfrentar la raíz del problema [Varea & Ortiz, 1995; Frente de Defensa de la Amazonía, 1999].

Varias administraciones del Gobierno nacional han declarado la capital importancia del petróleo para el desarrollo del Ecuador. Ecuador mantiene en la actualidad la mayor deuda externa per cápita de toda Sudamérica, unos 1.100 USD por persona [Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1999]. La tasa de desempleo (de 6.0% a 7,7%) y el porcentaje de población que vive en pobreza (de 47% a 61,3%) se han incrementado durante el periodo de 1970 a 2002 [Centro de Derechos Económicos y Sociales, 1999; Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, 2005]. La razón del ingreso recibido por el 5% de la población más pobre y el 5% más rico cambió de 1:109 en 1988 a 1:206 en 1999 [Acosta, 2000]. La región amazónica tiene la peor infraestructura y los peores indicadores socio-económicos y de salud del país [Terán, 2000].

En respuesta a los casi 16 billones de USD de deuda externa que el país tiene, una de las principales estrategias del Gobierno Nacional y del Fondo Monetario Internacional ha sido la expansión de la explotación petrolera en el país. Las propuestas del Gobierno Nacional incluyen la apertura de dos millones de hectáreas de bosque tropical primario en el sur de la región amazónica a la explotación petrolera y la construcción de un oleoducto de crudos pesados en el norte de la Amazonía para permitir una mayor explotación en esa área [Centro de Derechos Económicos y Sociales, 2000].

QUE SE DEBE HACER

El desarrollo moderno de la explotación de petróleo y gas, para que sea compatible con el desarrollo sostenible y el bienestar de las poblaciones amazónicas, debe estar basado en una planificación ambiental integral que considere el impacto acumulado de la explotación actual y futura a lo largo de toda la región. Para prevenir mayores impactos ambientales y en la salud de la población son necesarios controles ambientales estrictos y un cuidadoso monitoreo de las actividades extractivas a largo plazo [Kimerling, 2001]. Se requieren con urgencia cinco acciones interrelacionadas:

- El Gobierno de Ecuador debería realizar una evaluación de la situación ambiental de la región amazónica. Es también necesario desarrollar y supervisar la puesta en marcha de un plan que repare el daño que ya ha ocurrido y limitar mayor destrucción. Mientras continúe la contaminación, la salud de la población del Oriente y de otras poblaciones en situaciones similares permanece en riesgo. Algunos grupos indígenas y ambientalistas han llamado la atención sobre la necesidad de aplicar el principio de precaución (PP) [Raffensperger y Tickner, 1999]. Esos grupos indígenas y ambientalistas han pedido también al Gobierno Nacional una moratoria en el desarrollo petrolero y de gas en nuevas áreas de la Amazonía. Se han propuesto alternativas de desarrollo como el eco-turismo o la conservación del bosque tropical que deberían ser seriamente consideradas [Centro de Derechos Económicos y Sociales, 2000; Acosta, 2000].

- Las compañías petroleras que operan en la actualidad en la Amazonía del Ecuador deberían cambiar sus prácticas para minimizar el impacto ambiental y construir alianzas con comunidades locales para potencial el desarrollo local. Las compañías deberían poner a disposición de las comunidades y grupos ambientalistas independientes los estándares de protección ambiental y los planes de manejo ambiental. Sin tal información, estos grupos permanecen ignorantes de los posibles riesgos, no pueden participar de forma significativa en las decisiones políticas ni pueden forzar a las compañías a ser responsables de sus acciones. A su vez, se debería establecer un sistema de monitoreo ambiental con la participación de las comunidades afectadas. Este sistema debería incluir al menos un muestreo químico detallado del medio ambiente de forma regular y el informe del control de las emisiones y desechos.

- Las políticas del desarrollo petrolero tienen un impacto en la salud y sus consecuencias deben ser evaluadas y tomadas en cuenta. El gobierno ecuatoriano debería reconocer la necesidad de incorporar evaluaciones de impacto en la salud como una parte esencial de sus políticas de desarrollo. Tanto en la evaluación del impacto ambiental como en la de la salud son esenciales la consulta y participación de la comunidad [British Medical Association, 1998].

- La nueva Constitución del Ecuador de 1998 reconoce el derecho de las comunidades a ser consultadas por las compañías antes de iniciar la fase exploratoria. Este derecho a consulta debería incluir la posible negación de las comunidades a este tipo de explotación. Las organizaciones comunitarias junto con los grupos ambientalistas a nivel regional, nacional e internacional son esenciales para hacer cumplir estos derechos. El gobierno ecuatoriano se ha comprometido a desarrollar los mecanismos que hagan cumplir las leyes que protegen el medio ambiente y la salud de los ciudadanos, aunque este desarrollo va a ser complicado. Todo ello debería realizarse en el contexto de la necesidad de promover

los derechos humanos, combatir la corrupción y fortalecer las instituciones democráticas.

- Desde una perspectiva internacional, existe la preocupación que la globalización del comercio transnacional no está ocasionando ningún beneficio al medio ambiente y a la salud de las poblaciones [United Nations Environmental Programme, 1999; Stephens & Col., 2000]. Se necesitan urgentemente cambios en las políticas comerciales dirigidas hacia una sostenibilidad ambiental y justicia social si se quiere que los beneficios de una protección ambiental, económicos y de salud alcancen a la mayoría.

Conclusión

La explotación petrolera en la región amazónica de Ecuador ha resultado en una emergencia de salud pública debido a sus negativos impactos en el medio ambiente y la salud. El gobierno ecuatoriano hasta la fecha no ha diseñado una adecuada estrategia para prevenir futuros impactos en el ambiente y la salud. La industria petrolera suele argumentar que juega un papel en el desarrollo de un país, pero éste no debería ser a costa de la contaminación y del perjuicio a la salud [British Petroleum. Environment and Society, 2005; Oxy, 2005]. A primera vista, la industria petrolera y la salud pública no están relacionadas. Sin embargo, hemos querido mostrar que están estrechamente conectados. Por desgracia, Ecuador no es el único país que está sufriendo las negativas consecuencias de la explotación petrolera en América Latina y países como Colombia, Perú y Bolivia presentan una situación similar [La Torre López, 1998; Oilwatch, 1999]. Existe ya un problema de salud pública y tiene el potencial de aumentar todavía más si la industria petrolera se extiende prácticamente sin ninguna regulación en Latinoamérica. El prevenir un daño adicional a la salud y al medio ambiente representa un desafío enorme que requerirá, indiscutiblemente, de una acción coordinada de los movimientos y redes sociales a nivel local, nacional e internacional.

REFERENCIAS

- ACOSTA A (2000). ¿Es posible la transición a una economía post petrolera? En: Martínez E, ed. El Ecuador post petrolero. Quito: Acción Ecológica.
- ACOSTA A (2000). El petróleo en el Ecuador: una evaluación crítica del pasado cuarto de siglo. En: Martínez E, ed. El Ecuador post petrolero. Quito: Acción Ecológica.
- ALMEIDA A (2000). Reseña sobre la historia ecológica de la Amazonía ecuatoriana. En: Martínez E, ed. El Ecuador post petrolero. Quito: Acción Ecológica.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1998). Health and environmental impact assessment: an integrated approach. London: Earthscan.
- BRITISH PETROLEUM. ENVIRONMENT AND SOCIETY (2005). Disponible en: http://www.bp.com/ genericsection.do?categoryId=931&contentId=2016995 Accedido el 12 de enero.
- CENTRO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES (1994). Violaciones de derechos en la Amazonía Ecuatoriana. Quito: Abya-Yala.
- CENTRO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES (1999). El petróleo no es eterno. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales.
- CENTRO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES (2000). Apertura 2000… la solución al país? Boletín número 2, Marzo. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales.
- CENTRO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES (2000). Una opción para el país: deuda por conservación de la Amazonía. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales.
- CORPORACIÓN ESTATAL PETROLERO ECUADORIANA (CEPE) (1987). Análisis de la contaminación ambiental en los campos petroleros Libertador y Bermejo. Quito: CEPE.
- ECUADOR. DIRECCIÓN GENERAL DE MEDIO AMBIENTE (1989). Estudio de impacto ambiental 42. Quito: Dirección General de Medio Ambiente.
- ECUADOR. MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE (1999). Informe de inspección ambiental al área de las comunidades Flor de Manduro y Centro Manduro ubicadas en el bloque siete operado por la compañía Oryx. Quito: Ministerio de Medio Ambiente.
- EL COMERCIO (2002) Dos derrames de petróleo al mes en el campo Auca. octubre 18.
- FRENTE DE DEFENSA DE LA AMAZONÍA-PETROECUADOR (2003). Estudio para conocer el alcance de los efectos de la contaminación en los pozos y estaciones perforados antes de 1990 en los campos Lago Agrio, Dureno, Atacapi, Guanta, Shushufindi, Sacha, Yuca, Auca y Cononaco. Quito: Frente de Defensa de la Amazonía-Petroecuador.
- FRENTE DE DEFENSA DE LA AMAZONÍA (1999). La Texacontaminación en el Ecuador. Lago Agrio, Ecuador: Frente de Defensa de la Amazonía.
- FUNDACIÓN JOSÉ PERALTA (2001). Ecuador: su realidad. Quito: Fundación de Investigación y Promoción Social José Peralta.
- HURTIG AK, SAN SEBASTIÁN M (2002). Geographical differences of cancer incidence in the Amazon basin of Ecuador in relation to residency near oil fields. International Journal of Epidemiology; 31:1021-1027.
- HURTIG AK, SAN SEBASTIÁN M (2004). Incidence of childhood leukemia and oil exploitation in the Amazon basin of Ecuador International Journal of Occupational and Environmental Health; 10(3): 245-250.
- INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (2005). Economía ecuatoriana en cifras, 1970–2003. Disponible en: http://www.ildis.org.ec/estadisticas/ estadisticas.htm. Accedido el 10 de enero.

- KIMERLING J (1991). Amazon crude. New York: Brickfront Graphics Inc.
- KIMERLING J (1995). Rights, responsibilities, and realities: environmental protection law in Ecuador's Amazon oil fields. Southwestern Journal of Law and Trade in the Americas; 2(2): 293-384.
- KIMERLING J (2001). The human face of petroleum: sustainable development in Amazonia? Review of the European Community International Environmental Law; 10(1): 65-81
- LA TORRE LÓPEZ L (1998). ¡Sólo queremos vivir en paz! Experiencias petroleras en territorios indígenas de la Amazonía peruana. Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas.
- OILWATCH (1999). Fluye el petróleo, sangra la tierra. Quito: Oilwatch.
- OXY (2005). Social responsibility. Disponible en: http://www.oxy-.com/Social%20 Responsibility/environ_main.htm Accedido el 12 de enero.
- PERÚ. DIRECCIÓN REGIONAL DE PESQUERÍA DE LORETO (2000). Monitoreo del impacto postderrame de petróleo sobre los recursos hidrobiológicos entre San José de Saramuro y Nauta, Río Marañón. Iquitos: Dirección Regional de Pesquería.
- PETROECUADOR (2005). Bloques concesionados. Disponible en: http://www.petroecuador. com.ec/donde.htm. Accedido el 10 de enero.
- RAFFENSPERGER C, TICKNER J (1999). Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle. Washington, D.C.: Island Press.
- SAN SEBASTIÁN M (2000). Informe Yana Curi: impacto de la actividad petrolera en la salud de poblaciones rurales de la Amazonía ecuatoriana. Quito: Cicame & Abya-Yala.
- SAN SEBASTIÁN M, ARMSTRONG M, CORDOBA JA, STEPHENS C. (2001). Exposures and cancer incidence near oil fields in the Amazon basin of Ecuador. Occupational and Environmental Medicine; 58: 517-522.
- SAN SEBASTIÁN M, ARMSTRONG M, STEPHENS C (2001). La salud de mujeres que viven cerca de pozos y estaciones de petróleo en la Amazonía ecuatoriana. Revista Panamericana de Salud Pública; 9: 375-384.
- SAN SEBASTIÁN M, ARMSTRONG M, STEPHENS C (2002). Outcome of pregnancy among women living in the proximity of oil fields in the Amazon basin of Ecuador. International Journal of Occupational and Environmental Health; 8: 312-319.
- STEPHENS C, LEWIN S, LEONARDI G, SAN SEBASTIÁN M, SHAW R (2000). Health, sustainability and equity: global trade in the brave new world. Global Change and Human Health; 1(1): 44-58.
- TERÁN C (2000). Sucumbios 2000. Lago Agrio, Ecuador: Vicariato de Sucumbíos.
- UNIÓN DE PROMOTORES POPULARES DE SALUD DE LA AMAZONÍA ECUATORIANA (1993). Culturas bañadas en petróleo: diagnóstico de salud realizado por promotores. Quito: Abya-Yala.
- UNITED NATIONS ENVIRONMENTAL PROGRAMME (1999). Global environment outlook. Nairobi, Kenya: Earthscan Publications.
- VAREA A, ORTIZ P, eds (1995). Marea negra en la Amazonía: conflictos socioambientales vinculados a la actividad petrolera en el Ecuador. Quito: Abya-Yala.
- ZEHNER R, VILLACRECES LA (1998). Estudio de la calidad de aguas de río en la zona de amortiguamiento del Parque Nacional Yasuní. Primera fase: monitoreo de aguas - screening Octubre de 1997. Coca, Ecuador: Laboratorio de Aguas y Suelos P. Miguel Gamboa-Fepp.

Secci n II:

ESA OTRA SALUD POSIBLE











Acci n Desde los Espacios Democr ticos del Estado

19 Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela

Francisco Armada

La Salud: Base para Mejorar la Calidad de Vida

El sector salud constituye un pilar fundamental para sustentar el desarrollo integral del individuo, la mejora de la calidad de vida de la población venezolana y el disfrute de una vida digna.

Las principales finalidades políticas de salud han estado guiadas hacia el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental; para hacer de los derechos sociales y la equidad, las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos.

Se espera combatir las inequidades reduciendo el déficit de atención y las brechas entre los grupos humanos; rescatar lo público en función del interés colectivo, potenciando la ciudadanía con capacidad de incidir en el diseño de políticas que impacten en el desarrollo social del país.

Un aspecto clave a destacar dentro de los logros obtenidos en materia de salud, es que en el transcurso de los cinco años del actual periodo gubernamental, se alcanzaron a cubrir siete millones de personas beneficiarias de los proyectos de salud. Y más aún, las tendencias indican que progresivamente se ampliará la cobertura de la población beneficiaria, abarcando prioritariamente los estratos sociales con mayores carencias.

La Consolidación del Sistema Público Nacional de Salud

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) marcó un importante hito en los cambios de concepción sobre la salud, toda vez que la

consagra como un derecho social fundamental y establece la obligación del Estado de garantizarlo mediante el desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida de la población y el acceso gratuito a los servicios.

El mandato constitucional crea el sistema público nacional de salud, como un sector de carácter intersectorial, descentralizado y participativo; integrado al sistema de seguridad social; regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Un hito fundamental ha sido la promulgación de la Ley Orgánica de Sistema de Seguridad Social (2002), que establece la necesidad de redefinir el instrumento legal de la salud.

No obstante, para lograr la creación de un sistema público nacional de salud se hace necesario definir una política nacional que integre al ente rector, con los demás entes y niveles involucrados. Esto es clave dada la limitada capacidad de los servicios existentes, la dispersión y segmentación de las instituciones prestadoras de servicios, que han contribuido a la ausencia de equidad y la exclusión de importantes sectores de la población.

También es necesario tener presente que el desconocimiento del carácter bio-psico-social de la salud, ha obstaculizado el surgimiento de una visión y abordaje integrales, que garanticen la adecuada planificación de los servicios básicos, para conquistar una vida digna y evitar que se acentúen las brechas sociales.

La crisis de la salud en Venezuela se manifiesta en el deterioro de las condiciones de vida de la población, determinada por distintos componentes que confluyen: el deterioro de las instalaciones sanitarias; la ausencia de insumos en los centros de atención; la escasa cobertura en la atención médica; las limitaciones en el acceso a servicios de salud; la mercantilización de la salud; la formación medicalizada de los profesionales de la salud; entre otros.

La segmentación y segregación que han caracterizado la prestación de los servicios, atentan contra los derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud. Pero además, los planteamientos neoliberales que abogan por la privatización de la atención médica y de los servicios de salud, acentúan las brechas, y profundizan la exclusión de los sectores más desfavorecidos y desprotegidos de la población.

Es esta la base para apoyar los cambios que se ha están conquistando, centrados en responder a las necesidades sociales para alcanzar la equidad como nuevo orden de justicia social y base material de la sociedad venezolana.

Es así como el objetivo exige transformar las condiciones materiales y sociales de la mayoría de la población, separada y distanciada históricamente del acceso equitativo a la riqueza y al bienestar, y construir una nueva condición de ciudadanía, basada en el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos.

Las acciones se orientan a invertir mayores esfuerzos en la eliminación de estructuras creadas para promover modelos de dominación de cualquier naturaleza; modelos estos que han incidido de manera directa e indirecta en aspectos como: la composición social del país, el crecimiento de la pobreza, la expansión de la exclusión social, el deterioro de los servicios en salud, etc.

Tal proceso, se ha distinguido por un notable énfasis en el adelanto de una política social integral que pretende superar el conformismo -que tanto caracterizó la política social durante la vigencia de los programas neoliberales-. Estos programas se circunscribieron al logro de objetivos muy limitados, y a una atención parcial, paliatoria, de la problemática social. Más bien tuvieron como fin la simple contención de una pobreza en ascenso. Por lo tanto, se llegó a comprometer peligrosamente la gobernabilidad y la estabilidad social, haciendo insostenible la implementación de acciones de corte neoliberal.

Algunos de los Logros Más Importantes en el Sector Salud

En el marco de un enfoque integral de la salud, se conciben los cambios en las condiciones socio-económicas de vida de la población también como acciones de salud que provocan efectos profundos en la calidad de vida y la salud colectiva. En esa dirección Venezuela ha montado un ambicioso conjunto de programas para luchar contra la pobreza y la inequidad social que no se abordan en este breve recuento, pero que hacen parte de ese movimiento por defender y mejorar la vida y la salud, sobre generar un profundo proceso redistributivo, sobre la base de un giro total al empleo de la riqueza nacional y los recursos del Estado, que permiten concretar la prioridad del pago de la deuda social[2].

Ya en el terreno más específico de los programas de salud, aún cuando las enfermedades endémicas continúan siendo una causa de muerte importante en nuestro país, se ha actuado en función de profundizar las acciones para detener las tendencias al alza de la población infectada e incorporar medidas de tipo preventivas, para controlar este género de enfermedades.

Desde 1998 se ha instrumentado la política de acceso al tratamiento anti-retroviral (ARV) de forma universal y gratuita, contando con la introducción de productos genéricos para garantizar la ampliación de la cobertura del programa y romper, de este modo, con las limitaciones del acceso eficaz y oportuno.

Hasta el 2004 se atendió a 12.546 personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela con triple terapia de alta eficacia. Cabe señalar que se ha logrado la integración con otros entes gubernamentales que desarrollaban programas paralelos, asumiendo el Programa Nacional de SIDA a los pacientes que requerían medicamentos ARV, garantizándoles el 100% de atención y cobertura.

Además, se incrementó el presupuesto para garantizar la sostenibilidad de esta política; se está comenzado a desarrollar el proyecto de apoyo del gobierno a fin de que Venezuela comience a producir medicamentos anti-retrovirales para la atención de sus afectados; se ha instrumentado el programa de prevención de transmisión del VIH por accidentes laborales; y se está desarrollando el programa de prevención de la transmisión VHI/SIDA de madre a hijo (Ver Cuadro 1).

CUADRO 1. PACIENTES ATENDIDOS POR EL PROGRAMA NACIONAL SIDA-ITS AÑO 2004

Año	Paciente en Tratamiento	Embarazadas Seropositivas atendidas	Accidentes Laborales	Total de pacientes
2002	7428	138	203	7656
2003	11689	110	613	11667
2004	14264	146	231	14263

Fuente: Programa Nacional de Sida MSDS

2. Nota del editor: cabe destacar en este punto que Venezuela ha sorprendido gratamente al Mundo al ser uno de los pocos países que no sólo tomaron distancia del proyecto neoliberal sino que han revertido esa línea de política con un ambicioso conjunto de programas o "misiones" desarrolladas bajo vigilancia social, y directamente encaminados a mejorar y dignificar la vida de los pobres; apenas los enunciamos aquí para que se comprenda la magnitud del esfuerzo: erradicación del analfabetismo (M. Robinson); programas de mejoramiento masivo de la alimentación (comedores populares; casas de alimentación; mercados y mega mercados de alimentos populares); sistema masivo de escuelas y universidades bolivarianas; programa de becas para trabajadores de proyectos comunitarios; reforma agraria; fábricas y cooperativas productivas barriales, ilustran la voluntad del gobierno de luchar por un cambio de vida para las mayorías convencionalmente excluidas.

Como un avance importante cabe destacarse también que a partir del año 2000, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social creó con carácter de permanente la Comisión Nacional de Lucha Antimalárica. La estrategia general de combate a la malaria en Venezuela se basa en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, al igual que en el conocimiento de la dinámica de la población en áreas maláricas. En el 2004 se formuló el Plan de Acción para el Control de la Malaria en los estados Delta Amacuro, Bolívar y Amazonas y se adquirieron algunos equipos y embarcaciones para atender la problemática de malaria en estos estados considerados de mayos riesgo malárico (mapa aadjunto).

El Plan contempla la integración activa y permanente de los equipos de epidemiólogos nacionales, regionales y locales adscritos a los servicios programas y direcciones de salud de cada entidad federal, con incorporación de actividades de control de la malaria a las labores ordinarias de vigilancia epidemiológica, incluyendo la capacitación de personal de salud, miembros de de la comunidad y voluntarios en el diagnóstico, tratamiento y control integral.

Tales acciones han dado como resultado la reducción en un 70% de la incidencia de la Malaria en el estado Sucre. Concretándose así, el esquema terapéutico para el tratamiento anti-malárico venezolano a nivel regional.

En la lucha contra el dengue se han desarrollado igualmente esfuerzos importantes, si tenemos en cuenta que en la década de los noventas se registraron varios brotes epidémicos: en los años 1990, 1994,



1995, 1997, 1998 y más recientemente, durante los años 2001 y 2002 (tasa de incidencia 337 por 100.000 habitantes y 152,96 por 100.000 habitantes, respectivamente). En tal sentido, destaca la creación Comisión Nacional de lucha contra el dengue (MSDS) la cual coordina las actividades de control y prevención del dengue en el país bajo la responsabilidad de las distintas instancias involucradas. En general se debe destacar que en Venezuela existe buena vigilancia epidemiológica, con una excelente red de laboratorios y experiencia en atención médica de los pacientes, lo que ha hecho posible que la letalidad de la enfermedad en el país esté por debajo de 1%.

Otro campo de acción ha sido el desarrollo del Plan Nacional de Vacunación, destinado a la población infantil hasta 1 año de edad y mujeres en edad fertil. De un promedio habitual de 10 millones de dosis al año, se duplicó el esfuerzo al culminar el año 2004 con la aplicación de más de 20 millones de dosis de vacunas a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones, mejorando sensiblemente la cobertura nacional. Para el año 2005, en el marco de las Jornadas de Vacunación de las Américas, se pretende aplicar 28 millones de dosis que protegen contra 12 enfermedades.

Un logro significativo de nuestra acción han sido también los avances en la prevención de la Fiebre Amarilla mediante la inmunización de 4,5 millones de venezolanos, reduciéndose su prevalencia en un 85% para el año 2004.

Un indicador de la prioridad otorgada al trabajo preventivo ha sido la inauguración de 703 centros de vacunación en zonas de población excluida, con una inversión de 3,6 millardos de bolívares.

En el marco de la atención integral a la mujer, el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) atendió 2.612 mujeres (violación de derechos, violencia hacia la mujer y asesoría legal en diferentes problemas).

Un aspecto importante a destacar es la entrada en vigencia de las Resoluciones para "Regulación y Control del Cigarrillo de los Productos Derivados del Tabaco para Consumo Humano" y "Regulación de los Empaques de Cigarrillos", mediante las cuales se asume la responsabilidad preventiva de los daños que el tabaco y sus derivados causan a la salud; en las misma se establece la obligación de las empresas productoras y comercializadoras de registrarse ante el órgano rector de la salud y mostrar las advertencias a través de textos y pictogramas correspondientes de los daños que el consumo causa en la salud.

Asimismo destaca la ratificación por parte de Venezuela del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco realizada en marzo del presente año.

Atención Integral a Pueblos Indígenas

La Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia al Indígena del Estado Bolívar (CENASAI), aplicó 9.729 vacunas a 5.200 indígenas de todas las edades. Realizó 24.730 consultas (enfermedades endémicas); 6.297 odontológicas, (44% población infantil indígena y 4% embarazadas).

A través del Servicio Nacional Autónomo de Atención Integral a la Infancia y la Familia (SENIFA) se incluyeron al sistema de atención integral 3.830 niños y niñas indígenas para un total de 24.000 niños y niñas, quienes recibieron atención integral.

Otros Logros Alcanzados

La ampliación del acceso de agua potable, el cual se ha incrementado en 2 millones y medio de personas en apenas 4 años. La mortalidad infantil y la desnutrición también se han reducido considerablemente en los últimos años. Los niños han sido de los principales beneficiarios de las políticas de salud del Gobierno

Bolivariano. La tasa de mortalidad infantil pasó de 21,4 en 1998 a 17, 5 en el 2002; la atención; entre 1999 y 2002 se han resuelto más de 800 casos de niños con cardiopatías congénitas; mientras que la inversión en adquisición de vacunas pasó de tres a 28 millardos.

A través del Convenio celebrado entre Cuba y Venezuela en materia de salud, se brinda a los venezolanos que presentan ciertas patologías que no pueden ser atendidas en el país, la oportunidad de lograr una mejoría en sus condiciones de salud y contribuir a mejorar su calidad de vida. Este convenio no forma parte del acuerdo de venta de petróleo, y establece la atención gratuita por parte de Cuba a los pacientes enviados por Venezuela.

Entre las patologías que se atienden a través del convenio, están las derivadas de las siguientes especialidades: cardiológicas, pediátricas, enfermedades de la piel, enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores, enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos, enfermedades endocrinas, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y enfermedades osteomio-articulares.

Todos estos avances representan las primeras señales de recuperación del sector salud, producto de esfuerzos interinstitucionales, de distintos sectores de la sociedad y la cooperación internacional en estrecha armonía con el cumplimiento del derecho a la salud como derecho social fundamental.

Misión Barrio Adentro

Uno de los componentes más emblemáticos de las políticas de salud llevadas a cabo en el actual periodo gubernamental es la Misión Barrio Adentro, la cual nace con el objetivo de brindar atención médica primaria, desde una visión integral, a la población excluida, que no cuenta con los servicios básicos en salud.

La relación Estado-Sociedad prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela es la base del Plan Barrio Adentro, el cual surge el 16 de abril de 2003, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del Estado venezolano a las principales necesidades sociales y de salud, constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la red de atención primaria integral.

La Misión Barrio Adentro se basa en el concepto de Salud Integral, el cual trasciende la visión reduccionista, que asocia la salud exclusivamente a la asistencia médica. Para la Misión Barrio Adentro la salud se relaciona con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria y la presencia de los médicos y médicas que se insertan en las comunidades compartiendo su cotidianidad.

Así, la Misión Barrio Adentro funciona de manera articulada con la red de misiones propuestas para atender los distintos aspectos concernientes a la promoción del desarrollo social integral en las áreas alimentaria, educativa y laboral, entre otras.

Actualmente la Misión Barrio Adentro cuenta con 19.941 profesionales de distintas disciplinas, entre los que destacan 15.421 médicos, de los cuales 1060 son venezolanos (cuadro nº 2).

Desde el inicio de la Misión Barrio Adentro hasta lo que ha transcurrido de este año se han atendido 168.188.996 casos, se han pasado 106.028.613 consultas; se han visitado 15.074.231 familias se han salvado 24.591 vidas, se han atendido 1.609 partos y se han desarrollado 59.660.606 actividades educativas (cuadro nº 3).

Igualmente, se construyeron y equiparon 296 Consultorios Populares (81% en el Distrito Metropolitano (DM), 7 % en Miranda, 8% en Carabobo y 4 % en Anzoátegui). Se pusieron en funcionamiento 6 Clínicas Populares (Anzoátegui, Carabobo, Nueva Esparta y en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano.).

CUADRO 2. ESTADÍSTICAS GENERALES		
RESUMEN	CUBANOS	VENEZOLANOS
Médicos	14.361	1.060
Estomatólogos	3.070	1.341
Enfermeras	302	2.610
Optometristas	1.441	-
Electromédicos	161	-
Otras Categorías	606	1.014
Total General	19.941	6.2025

Fuente: MSDS Abril de 2005

CUADRO 3. ESTADÍSTICAS GENERALES		
INDICADORES	ACUMULADO AÑO 2005	ACUMULADO HISTÓRICO
Casos Vistos	34.722.142	168.188.996
Consultas	20.760.019	106.028.613
De ellos en Terreno	7.743.539	42.349086
Familias Visitadas	2.760.592	15.074.231
Acciones de Enfermería	4.915.775	22.614.720
Vidas Salvadas	2.909	24.591
Actividades Educativas	12.317.575	59.660.606

Fuente: www.barrioadentro.gob.ve . Abril 2005

En estos momentos se está dando inicio a la Barrio Adentro II que constituye un salto en el nivel de atención, teniendo como objetivo garantizar atención especializada a la población a través de la puesta en funcionamiento de Centro de Diagnóstico Integral dotados con equipos que garantizan la atención de la emergencia médica, el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedades oftalmológicas y la realización de los estudios diagnósticos fundamentales (de cada cuatro centros de diagnósticos uno tendrá servicio de emergencia quirúrgica); y los Centros de Alta Tecnología que permitirá la realización de Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Axial Computarizada de 16 cortes, Ultrasonido Tridimensional no invasivo, Mamografía, Videoendoscopio, Laboratorio Clínico, Rx Flotante y Electrocardiografía.

Se estima la creación de 600 Centros de Diagnóstico Integral a nivel nacional y de 35 Centros de Alta Tecnología (uno en cada entidad federal y más de uno en aquellos de mayor densidad poblacional) que permita a todos los venezolanos y venezolanas y fundamentalmente a los más desfavorecidos, el acceso a servicios oportunos y de calidad acordes a su condición de ciudadanos.

Estamos conscientes de que aún falta un largo camino que recorrer para poder hablar de una población atendida y protegida, pero de lo que si estamos seguros es que ha sido posible el acceso a la atención médica de importantes segmentos de la población que estaban privados de estos servicios y que veían lejanas sus esperanzas de tener una vida mejor por el deterioro de sus condiciones de salud.

20 La Política de Salud del Gobierno de la Ciudad de México: Por los Derechos Sociales y la Satisfacción de Necesidades Humanas

Asa Cristina Laurell

El contexto

Las elecciones del 2000 fueron históricas en México. El régimen de Partido de Estado llegó a su fin después de 71 años con la derrota del Partido Revolucionario Institucional. La elección presidencial fue ganada por un partido de derecha –Acción Nacional—y la de la capital (el Distrito Federal) por un partido de izquierda –el Partido de la Revolución Democrática. A partir de este año se han desarrollado, simultáneamente, dos proyectos políticos distintos en el ámbito federal y en el Distrito Federal. Renace así la contraposición, que ha marcado por siglos la historia mexicana, entre dos concepciones sobre como organizar la sociedad basada a dos sistemas diferentes de valores. La visión desde arriba: desde los privilegios, desde la oligarquía (terrateniente, industrial o financiera); y otra desde abajo: desde los trabajadores de la tierra e industriales, desde los social y económicamente excluidos con sus propias formas de solidaridad.

Esto se expresa con más nitidez en la política social que es el ámbito donde los gobiernos locales pueden actuar con mayor independencia que en la política económica. En este terreno, incluyendo la política de la salud, el

gobierno federal ha mantenido y profundizado la orientación neoliberal impuesto desde hace dos décadas al país mientras que el Gobierno del Distrito Federal (GDF) instrumenta una política basada en la garantía y universalidad de los derechos sociales consagrados constitucionalmente y, para lograrlo, en el fortalecimiento y la expansión de las instituciones públicas.

La política social del gobierno del D.F.

La política social del gobierno capitalino está dirigida a frenar y revertir el empobrecimiento de la población que involucra a dos tercios de sus habitantes. Es en sí una política de promoción de la salud. Se concreta en los programas de protección social dirigidos a niños, mujeres, ancianos, personas con discapacidad y desempleados así como en los programas educativos, de vivienda y ambientales, que todos tienen un impacto positivo sobre las condiciones de vida. Estos programas sociales es la primera prioridad del GDF junto con la seguridad pública; hecho que se expresa en las asignaciones presupuestales que reciben.

Las características básicas de los programas sociales son: su carácter masivo, al incluir a decenas de miles de familias; redistributivo, al canalizar recursos públicos hacia grupos necesitados y; su bajo costo administrativo. Están además en su mayoría territorializados e integrados en el Programa Integrado Territorial (PIT) para facilitar el trabajo interinstitucional y promover la participación y el control ciudadanos. Se da prioridad a las zonas de mayor pobreza, basada en la clasificación del grado de marginación social y económica. Es decir no se focalizan las acciones en los individuos o las familias sino a partir de las características de los territorios; método que tiene los mejores resultados de inclusión-exclusión y, además, reporta los costos administrativos más bajos.

La pensión universal ciudadana

Merece una mención especial la pensión universal ciudadana para los mayores de 70 años residentes en la ciudad, operada por la secretaría de Salud, que además garantiza servicios médicos y medicamentos gratuitos. Se inició a tres meses de la asunción de la nueva administración, logró una cobertura universal en octubre de 2002 y cubre hoy 371,000 ciudadanos con 70 años o más.

Esta pensión constituye un nuevo derecho social, que se instituyó por primera vez en el país en el D.F. Fue elevado a rango de ley en 2003 y con ello nació una nueva institución social. Es la política del GDF que ha recibido mayor reconocimiento y consenso social. Al inicio su carácter universal causó una gran polémica pero con el tiempo ha demostrado ser un vehículo importante para una amplia comprensión de la idea de los derechos sociales. Su penetración es tal que actualmente hay una iniciativa en el Senado para implantar la pensión nacionalmente a pesar de la oposición de las aseguradoras privadas y la derecha política.

El financiamiento de la política social

La capacidad impositiva del gobierno local se restringe a algunos impuestos y derechos locales y por ley no puede operar con un déficit fiscal. A pesar de ello el GDF no optó por incrementar los impuestos. Su estrategia de financiamiento de la política social se basa en dos estrategias. Por un lado se eliminaron los gastos suntuarios de la alta burocracia y se bajaron sus salarios en un 15%. Por el otro el gobierno inició el combate frontal a la corrupción. Se calcula que estas medidas han significado un ahorro anual del orden de 300 millones de dólares. Esta cantidad es suficiente, por ejemplo, para financiar con creces la pensión universal.

La política de salud

La política de salud del GDF es parte integral de esta política social que, por sus características, constituye un instrumento para mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población de la ciudad. El objetivo específico de la Secretaría de Salud del DF (SSDF) es garantizar el cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la ciudad tanto en el terreno de la seguridad sanitaria colectiva como de las personas.

Retos y restricciones

Partiendo de un diagnóstico exhaustivo el Programa de Salud del GDF (Secretaría de Salud, 2002) plantea seis grandes retos:

1. Mejorar las condiciones generales de salud;

2. Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas;

3. Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad;

4. Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido;

5. Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad;

6. Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

A fin de comprender las políticas y estrategias adoptadas es preciso señalar los problemas y restricciones que condicionan la actuación de la autoridad de salud del DF:

a) El sistema de salud es segmentado y la SSDF sólo tiene mando directo sobre una parte;

b) Todos los servicios públicos de salud sufrieron un deterioro importante a partir de 1983 por un desfinanciamiento prolongado;

c) La conformación de los servicios de salud no corresponde al actual perfil de morbi-mortalidad, ni a la distribución de la población en el territorio y;

d) Es notoria la falta de planeación estratégica en prácticamente todos los aspectos importantes del sistema local. Sin embargo, los programas básicos de salud pública (vigilancia epidemiológica, vacunación universal, combate a las EDAs e IRAs, etc.) se habían mantenido en la ciudad.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

Las dos políticas centrales que articulan el actuar de la SSDF son la universalización del derecho a la salud y, como condición de ella, la ampliación, fortalecimiento y mejoramiento de las instituciones públicas de salud. La estrategia para lograr la universalización del derecho a la salud es el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) dirigido a la población no-asegurada por los institutos de seguridad social pública, que garantiza a sus derechohabientes los servicios médicos requeridos. Al inscribirse en el PSMMG el ciudadano adquiere el derecho de recibir todos los servicios prestados en las unidades de salud del gobierno de la ciudad y los medicamentos requerido del cuadro institucional sin costo alguno. Actualmente están inscritas 710 mil familias o cerca del 80% de las familias elegibles. Adicionalmente se prestan gratuitamente los servicios iniciales de urgencias,

independientemente de la condición de aseguramiento y de residencia por razones éticas y de eficacia.

La remoción del pago ha dado por resultado un incremento muy importante en la prestación de servicios como se observa en el cuadro 1. Los incrementos más altos se dan en los servicios de mayor costo: 65% en cirugías; 53% en partos; 31% en urgencias; 30% en hospitalizaciones y 29% en rayos-X. Esto confirma que el obstáculo económico era un elemento importante de la desigualdad en el acceso (cuadro 1).

Actualmente se están realizando acciones para remover el obstáculo cultural a la atención con la promoción del PSMMG en las zonas más pobres de la ciudad donde la población tiende a disponer de menos

CUADRO 1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2000 A 2004
SECRETARÍA DE SALUD DEL GDF

CONCEPTO	2000	2001	2002	2003	2004*	2000-2004
Consulta externa	4,818,207	4,956,951	5,211,860	4,997,828	4,802,700	-0.3
• General	3,488,256	3,574,767	3,731,014	3,607,253	3,469,114	-0.6
• Especializada(1)	655,263	668,692	745,051	704,500	678,271	3.5
• Odontológica	674,688	713,492	735,795	686,069	655,315	-2.9
Urgencias(2)	572,024	646,078	754,369	771,588	751,817	31.4
Egresos hospitalarios	89,973	92,225	108,441	112,092	116,875	29.9
Porcentaje ocupación hospitalaria	56.4	59.9	68.4	66.2	68.9	22.2
• Hospitales generales	72.6	76.2	78.6	79.5	79.9	10.1
• Hospitales materno-infantiles	57.1	56.6	69.6	70.1	63.0	10.3
• Hospitales pediátricos	44.1	47.8	55.8	48.9	56.4	27.9
Promedio de días estancia	4.4	4.2	4.1	4.0	4.0	-9.1
Intervenciones quirúrgicas	42,564	50,399	59,913	67,501	70,278	65.1
Nacimientos	30,922	35,137	41,539	44,661	47,241	52.8
• Parto vía vaginal	23,865	26,852	31,498	33,736	35,819	50.1
• Cesáreas	7,057	8,285	10,041	10,925	11,422	61.8
Estudios de rayos X	404,878	452,462	469,376	501,133	522,265	29.0
Estudios de laboratorio	4,345,710	4,803,259	4,461,184	4,623,660	4,970,005	14.4
Atención médico legal	576,456	568,011	622,999	538,550	546,284	-5.2

(1) Incluye consulta especializada y de salud mental. (2) Incluye eventos especiales, centros toxicológicos, sanciones administrativas. (3)Incluye fase intensiva y programa permanente. * Datos preliminares a diciembre 2004 (falta parte de la información). Fuente: SISPA, SSA, 2003

información sobre la salud y sobre los programas gubernamentales. El perfil socio-económico de los derecho-habientes del Programa demuestra que tienen ingresos más bajos, menor escolaridad y viven con mayor frecuencia en zonas más pobres de la ciudad, lo que desmiente la creencia de que los programas universales favorecen más a los sectores sociales medios.

Otro beneficio del PSMMG es que permite a la gente dedicar sus escasos recursos a la satisfacción de otras necesidades básicas. Así, en un cálculo conservador del ahorro de gastos médicos no erogados por los derecho-habientes del Programa ha sido unos US $170 millones en el lapso de dos años y medio años.

Fortalecimiento y ampliación de los servicios

El mejoramiento, fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud de la ciudad es el soporte material de la universalización del derecho a la salud y de la disminución de la desigualdad en el acceso. Esta política se basa en un conjunto de acciones. Se han mantenido la vigilancia epidemiológica y una cobertura de vacunación alta (95%). Se ha introducido un nuevo modelo de atención, basado en Acciones Integradas de Salud por grupo etario con énfasis en la promoción, prevención, detección oportuna y control. Se está garantizando una mejor calidad y dignificación de los servicios con abasto suficiente de medicamentos e insumos; con mantenimiento del equipo y los inmuebles; con la capacitación intensiva de todo el personal y; un esfuerzo sostenido por construir una nueva cultura de relación con el público basada en sus derechos.

Es en este contexto donde juega un papel central la participación y control ciudadanos. Su concepto básico, manejado por la secretaría, es que existe una relación recíproca de derechos y obligaciones entre gobierno y ciudadanos. Así, el gobierno está obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud y a alentar la participación popular, proporcionando la información sobre el contenido concreto de este derecho dados los recursos materiales y científicos existentes. Una vez que se ha logrado, los ciudadanos están obligados a contribuir a la eficacia en el uso y al control de los recursos públicos, de sus recursos.

Adicionalmente se está organizando los servicios en red fortaleciendo los mecanismos de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención y acercarla a la población. La ampliación y reapertura de los servicios se ha hecho priorizando en función de las necesidades actuales de salud y la desigualdad regional de servicios. Por primera vez en 15 años se han construido nuevos centros de salud y un nuevo hospital público en la ciudad. Estas medidas han incrementado la capacidad de atención en un 25%.

Este conjunto de acciones parece haber creado una mayor confianza en los servicios; hecho que se demuestra por el crecimiento en la prestación de servicios (ver cuadro1) y su uso por personas de todo el centro del país a pesar de que no son elegibles para el PSMMG y pagan una cuota de recuperación por el servicio.

Expresión presupuestal de la voluntad política

La voluntad política de dar máxima prioridad al derecho a la salud está respaldada con un incremento presupuestal para servicios de salud de 45% respecto al 2000 y hoy este presupuesto representa el 9.8% del presupuesto total del GDF. El presupuesto total de la Secretaria de Salud, incluyendo el de la pensión ciudadana, ha incrementado en 126% y representa el 15.8% del presupuesto total de la ciudad. Es de señalar que el 75% de los recursos es local y el 25% federal en contraste con otros estados donde la relación se invierte.

El Impacto en Salud

Los propósitos primeros y últimos de la política de salud son mejorar las condiciones de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y la muerte. La tasa general de mortalidad ha incrementado ligeramente a causa del envejecimiento de la población. Las tasas de mortalidad por grupo de edad, en cambio, bajaron sostenidamente entre 1997 y 2002: la infantil en 17% (24 a 19.9); la preescolar en 25% (0.8 a 0.6); la productiva en 12.5% (3.2 a 2.8) y la posproductiva en 10% (52.2 a 47.9).

La proporción de defunciones en el grupo de 65 años o más respecto al total sigue incrementándose, de 55.5% en 2000 a 56% en 2001 y 57% en 2002. En contraparte, se observa una disminución del peso de las defunciones infantiles que fue de 9% en 1997 y 6% en 2002. En este contexto habría que recordar que en 1970, la mortalidad infantil representaba el 34% de la mortalidad total; en 1980 el 22%; y en 1990 el 13%. Este cambio espectacular se debe a la disminución a la mitad de los nacimientos en el DF y a la disminución de la tasa de mortalidad infantil de 75 a 20 por mil nacidos vivos (NV), debido principalmente, al abatimiento de la mortalidad por enfermedades diarreicas, respiratorias, inmunoprevenibles y perinatales.

La mejora en las tasas de mortalidad del DF obedece a la disminución de defunciones por EDAs, IRAs, enfermedades perinatales, del hígado, las neumonías y las pulmonares así como de las carenciales (desnutrición y anemias)(cuadro 2).

El impacto en salud más contundente es la disminución de la mortalidad por VIH/SIDA que se ha alcanzado frente a los logros del nivel nacional. Entre 2000 y 2002 el DF logró bajarla en 23% gracias al programa integral de VIH (incluye medicamentos gratuitos), mientras que en el resto del país el decremento fue de 9%.

Finalmente, entre 2000 y 2002 se logró abatir la desigualdad en salud por grupo etáreo entre las 16 delegaciones, de ahí tenemos que la diferencia entre la tasa delegacional más alta y la más baja decrecieron en edad infantil de 2.6 a 2.3 veces (13%), la productiva de 2.16 a 1.70 veces (22%) y la posproductiva de 1.25 a 1.17 veces (6.4%), respectivamente.

CUADRO 2 MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD DISTRITO FEDERAL, 1997-2002

Año	General		Infantil		Preescolar		Escolar		Productiva		Posproductiva		Materna	
	Casos	Tasa(1)	Casos	Tasa(2)	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa(3)
1997	46,884	5.9	3,848	24.0	425	0.8	459	0.3	17,571	3.2	247,560	52.2	93	5.8
1998	46,773	5.4	3,699	23.6	445	0.7	440	0.3	17,336	3.0	24,840	49.5	120	7.7
1999	46,601	5.3	3,323	21.6	381	0.6	376	0.2	16,711	2.9	25,793	49.9	119	7.7
2000	46,029	5.2	3,127	21.6	365	0.6	402	0.3	16,535	2.8	25,567	47.8	96	6.6
2001	46,627	5.3	2,894	20.0	384	0.7	396	0.3	17,003	2.8	25,931	47.3	101	7.0
2002	46,984	5.3	2,858	19.9	368	0.6	378	0.3	16,875	2.8	26,490	47.0	80	5.6

1/ Tasa por 1,000 habitantes. 2/ Tasa por 1,000 NV. 3/ Tasa por 10 mil NV
Nota: NV como denominador se utilizó los nacimientos esperados estimados por CONAPO
Fuentes: Poblaciones, Estimaciones de la Población en México 1996-2030, CONAPO. Defunciones, INEGI/SSA 2002, último año de cifras oficiales.

21 La Salud en Cuba: Un Pueblo Rompe el Cerco del Imperio

Miguel Márquez, Francisco Rojas Ochoa, Cándido López

El contexto

El diferendo entre Cuba y los Estados Unidos de América tiene su origen, causa y curso histórico, desde el afán expansionista generado en el siglo XIX en correspondencia con la Cuba colonial y, posteriormente, en el siglo XX con la Cuba dependiente, hasta transformarse al triunfo de la Revolución Cubana, en 1959, en una política de agresión permanente y en un bloqueo cada vez más férreo. Este bloqueo se halla al margen de toda consideración jurídica y en contra de la abrumadora mayoría internacional que respalda la propuesta de Cuba en la Asamblea General de las Naciones Unidas, desde hace más de una década, de ponerle fin, como se expresó en la última votación emitida el 28 de octubre de 2004, en la que Cuba obtuvo una contundente victoria al ser aprobada por 179 votos, correspondientes a 93.7 % del total de los miembros de las Naciones Unidas. [Digital Granma Internacional, 2004].

En 45 años, 1959-2004, la política de bloqueo impone la asfixia económica, financiera, cultural y social a la nación cubana, al privarla de sus medios fundamentales para subsistir e inflige importantes afectaciones al bienestar material y espiritual del pueblo cubano. Su agresividad tiene múltiples expresiones y se manifiesta en tres formas las que se complementan y actúan simultánea-

mente en un amplio contexto: la primera, las que constituyen agresiones a Cuba de manera directa; la segunda, la utilización de mecanismos hemisféricos; la tercera, aquellas que se han constituido en el bloqueo económico, comercial y financiero. [D' Stefano, 2000]

Las agresiones se dirigen desde lo ideológico a lo político; de lo económico a lo militar, y de las comunicaciones radiales y de televisión a las regulaciones migratorias. A tales agresiones se suman las que recurren a los mecanismos hemisféricos, como las dirigidas a través de la Organización de Estados Americanos (OEA), y del Tratado Internacional de Apoyo Recíproco (TIAR), que utilizan la falacia del anticomunismo para justificar la exclusión de Cuba a partir de 1962 de la OEA y, en 1964, la decisión unilateral de suspender sus miembros las relaciones diplomáticas y consulares, así como la interrupción del intercambio comercial directo o indirecto, con la excepción de alimentos, medicinas y equipos que pueden enviarse a Cuba por razones humanitarias. Sólo México se opuso a tales sanciones y mantuvo sus relaciones en forma integral y con pleno respeto a la autonomía y soberanía de Cuba. A su vez, debe considerarse la utilización, por parte de los EE.UU., de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que a través de amenazas, represiones y represalias a los países miembros, logra victorias pírricas al condenar a Cuba en materia de derechos humanos con menos de 40 % de apoyo.

El bloqueo económico, comercial y financiero es la tercera intervención del gobierno estadounidense a Cuba, que se ha mantenido desde principios de 1960 con la suspensión de la venta de petróleo hasta la Ley Helms-Burton, en 1996 y el descarado Informe de la Comisión de Ayuda a una Cuba Libre en mayo del 2004.

El siguiente recuadro muestra los aspectos más sobresalientes de las medidas aplicadas por los gobiernos de Estados Unidos de América contra Cuba.

CRONOLOGIA DEL BLOQUEO DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA A CUBA	
Marzo de 1960	El Presidente Eisenhower aprueba el "Programa de Acción Encubierta contra el régimen de Castro". Consecuencias: 681 acciones de terrorismo y agresiones al pueblo cubano. Pérdida de vidas humanas: 3 478 y con lesiones permanentes: 2 099. Se cancelan préstamos por 100 millones de dólares de bancos europeos y canadienses. Se cancelan los planes de compra de azúcar cubano.
Octubre de 1960	La administración Eisenhower aplica la "cuarentena", prohibe las exportaciones a Cuba (se exceptúan alimentos y medicinas).Inicio del bloqueo.
Enero de 1961	El gobierno de los EE.UU. rompe relaciones diplomáticas con Cuba.
Abril de 1961	Se produjo la invasión por Playa Girón (Bahía de Cochinos).
Septiembre de 1961	Entra en vigencia la Ley de Asistencia Externa que autoriza establecer y mantener "un embargo" total sobre el comercio entre los EE.UU. y Cuba.
Febrero-Marzo de 1962	El embargo se amplía con la prohibición de importaciones a los EE.UU. de productos cubanos. Se incluyó la importación desde terceros países a los productos que contengan materiales cubanos.

Febrero de 1962	En la octava Reunión de Consulta de la OEA (Punta del Este), se aduce la incompatibilidad de Cuba con los propósitos y principios del interamericanismo y se la excluye de la OEA y de otros organismos del sistema interamericano.
Febrero de 1963	La administración Kennedy amplía la proyección de sanciones extraterritoriales a terceros países al prohibir a sus embarcaciones transportar productos a los EE.UU. si hubieran tocado puerto cubano.
Julio de 1963	El Departamento del Tesoro establece las Regulaciones del Control de Capitales Cubanos. Congela todo el capital cubano en los EE.UU. (Exonera el capital de la dictadura batistiana).
Julio de 1964	En la Novena Reunión de Consulta de la OEA, Washington D.C., se aplican las siguientes medidas colectivas contra Cuba, con la excepción de México: Suspensión de relaciones diplomáticas y consulares, eliminación del intercambio comercial directo e indirecto (exceptuando medicinas y alimentos), supresión de todo transporte marítimo y aéreo.
Abril de 1980	La administración Reagan restringe severamente los viajes a Cuba por parte de los ciudadanos norteamericanos.
Octubre de 1992	El gobierno estadounidense amplía la Ley para la Democracia Cubana (Ley Torricelli) que proscribe el comercio de subsidiarias con Cuba e impone severas restricciones para el transporte marítimo y aéreo, y concede, por primera vez, al Departamento del Tesoro la autoridad para imponer multas a civiles de origen norteamericanos de hasta 50 mil dólares por violaciones del "embargo".
Marzo de 1996	Entra en vigor la Ley Helms-Burton, que, en síntesis, consta de cuatro títulos: Fortalecimiento de las sanciones internacionales, ayuda a una Cuba libre e independiente, protección de los derechos de propiedad de los nacionales estadounidenses y exclusión de extranjeros que trafiquen con propiedades confiscadas.
2000-2004	• La Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro intenta prohibir la publicación de artículos científicos de autores cubanos en los EE.UU. • Se anuncia la creación de la "Comisión de Ayuda a una Cuba Libre". • Bloqueo inmediato de bienes bajo jurisdicción estadounidense de diez empresas especializadas en la promoción de viajes a Cuba (Argentina, Bahamas, Canadá, Chile, Holanda y Reino Unido) • Se impuso una multa de 100 millones de dólares a la entidad bancaria suiza UBS, por realizar transacciones financieras con Cuba. • Se aprueba en su totalidad, y entran en vigencia, las disposiciones emanadas del Informe de la Comisión de Ayuda para una Cuba Libre. El informe está constituido por seis capítulos. El primero, está dedicado íntegramente a establecer los lineamientos para destruir la Revolución; y, en los otros cinco, se abordan las medidas que pondrían en vigor el gobierno de los Estados Unidos en Cuba una vez que lograra derrocar a la Revolución.

Fuentes: Granma. Cuba y su defensa de todos los Derechos Humanos para todos (Tabloide Especial) Marzo de 2004.
Asociación Americana para la Salud Mundial. El impacto del Embargo de EE.UU. en la Salud y la Nutrición en Cuba. Resumen Ejecutivo. Washington, marzo de 1997.

En este recuento, se ha llamado "Cuba libre" al país que desearía la mafia contrarrevolucionara de Miami y grupúsculos en Cuba. El informe de la Comisión de Ayuda para una Cuba Libre traduce el odio del gobierno norteamericano hacia Cuba y constituye, en franco injerencismo, un plan maestro de destrucción de la Revolución cubana.

Las numerosas y diversas formas de agresión que sufre Cuba desde hace más de 40 años, que, en su conjunto, constituye una guerra no declarada, pero que causa muerte y graves efectos económicos y sociales, están extensamente documentadas en Cuba y en otros países [D' Stefano, 2000; Asociación Americana para la Salud Mundial, 1997; Granma, 2004; Granma, 2003; Castro, 2003].

Pero Cuba, su pueblo y su gobierno, han sabido dar en cada momento la respuesta más adecuada.

La respuesta

Los principios políticos (revolucionarios), éticos y sociales de la Revolución cubana de amplia y sólida base popular- han constituido el fundamento de la defensa armada, diplomática y económica que, de modo creativo y audaz, han sido aplicados por más de cuatro décadas de lucha contra el poderoso enemigo imperialista.

En el campo de la salud pública, la medicina y esferas muy relacionadas, se pueden señalar, entre otros, los siguientes resultados:

El Estado y el gobierno asignan la más alta prioridad al sector salud.

Se crea el Sistema Nacional de Salud, único, financiado por el Estado, sin pago directo por cualquier servicio recibido, y de cobertura nacional total.

La promoción y prevención en materia de salud deviene en principio del sistema y es base de los más relevantes logros del mismo.

El Sistema de Salud cuenta con 1 médico por cada 165 habitantes, y un total de 380 576 trabajadores. [Cuba. Ministerio de Salud Pública, s.f]

Los logros científicos notables en el campo de la salud son: la obtención de la vacuna contra la enfermedad meningocóccica, el interferón y la estreptoquinasa recombinantes, la vacuna tetravalente difteria-pertusis-tétanos-hepatitis y la vacuna contra el Haemophilus influenzae tipo b (primera lograda mediante síntesis química). [Rodríguez, 2004;Verez-Bencomo & Cols, 2004].

También son conquistas cubanas: la producción de los más importantes medicamentos contra el VIH-SIDA, como genéricos (que se suministran gratuitamente a los pacientes) y una vacuna terapéutica contra el cáncer del pulmón. [Rodríguez, 2004].

Dos de estos logros han alcanzado una resonancia particular. La obtención de la vacuna contra el Haemophilus influenzae originó un artículo en la revista Science (EE.UU.), aparecido después de disposiciones restrictivas para publicar documentos de científicos cubanos en ese país, y la vacuna terapéutica contra el cáncer del pulmón ha dado base a un convenio entre el Centro de Inmunología Molecular de Cuba y CANCERVAC (EE.UU.) para el desarrollo y producción de vacunas contra el cáncer, hecho totalmente inédito, que mucho dice sobre el nivel alcanzado por nuestros investigadores y centros científicos nacionales. [Rodríguez, 2004;Verez-Bencomo & Cols, 2004] Estas son armas con que nuestros científicos rompen el bloqueo.

El exitoso programa de inmunizaciones, iniciado en 1962, ha logrado eliminar enfermedades (poliomielitis, difteria, tosferina, sarampión, rubéola y parotiditis). Alcanza 95.1% de niños menores de 2 años con todas sus dosis inmunizantes contra la difteria, tétanos, tosferina, sarampión, tuberculosis, parotiditis, enfermedad meningocóccica BC, hepatitis b, poliomielitis, rubéola y Haemophilus influenzae tipo b. El programa encuentra su sostenibilidad en la producción nacional

de varias vacunas, algunas como productos únicos a nivel mundial. Se ha reportado, además, que el 2004 es el primer año en que no se registra caso alguno de tétanos (cero), y que se llega a 33 años sin casos de tétanos del recién nacido. [Cuba. Ministerio de Salud Pública, S.F; Rodríguez, 2004; Verez-Bencomo & Cols, 2004; De La Osa, 2005]

Otros indicadores que ilustran el nivel de salud de la población cubana son la mortalidad infantil (menos de 10 por 1 000 nacidos vivos desde 1993), mortalidad del menor de 5 años (menos de 10 por 1 000 nacidos vivos desde 1997) y esperanza de vida al nacer de 77 años (ambos sexos).

Esta apretada síntesis enumera algunos de los logros de la salud pública cubana, los que se han conseguido en las condiciones de bloqueo y agresiones que incluyen la prohibición de adquirir equipos e insumos médicos en los EE.UU. Se ha impuesto, no obstante, la voluntad política expresada en la decisión del gobierno de sostener cada logro que se alcanza y avanzar hacia nuevas conquistas. Una expresión de esa voluntad se aprecia en las cifras de gastos del sector salud entre 1990 y el 2000, período en que el país atravesaba por la más profunda crisis de su historia, que conocemos como período especial en tiempos de paz (ver cuadro).

En este crítico momento, no se redujeron los gastos en salud, no se cerró ningún hospital o centro de salud, no se redujeron camas de hospital, no se detuvo la formación de personal profesional y técnico, y no se cancelaron los programas priorizados de investigación y desarrollo.

El resultado

Ha sido demostrado que Cuba es eficaz, eficiente y equitativa en el logro de salud de la población a

GASTOS DEL SECTOR SALUD Y SU COMPARACION CON EL PIB Y EL PRESUPUESTO DEL ESTADO. PERIODO 1990-2000

AÑOS	GASTOS EN SALUD (MILLONES DE PESOS)	GASTOS EN SALUD POR HABITANTE (PESOS)	% DEL PIB	% DEL PRESUPUESTO ESTATAL
1990	1045,1	98,6	5,3	6,6
1991	1038,5	97,1	6,4	6,3
1992	1038,9	96,2	7,0	6,6
1993	1175,8	107,9	7,8	7,4
1994	1116,4	106,0	6,1	7,5
1995	1221,9	111,1	5,6	8,0
1996	1310,1	119,1	5,7	9,7
1997	1382,9	125,3	6,0	10,6
1998	1473,1	132,4	6,4	10,7
1999	1553,0	153,5	6,1	11,6
2000	1726,1	165,9	6,1	11,9

Fuente: MINSAP. Anuario Estadístico 1998 y Centro de Investigaciones de Finanzas. Datos a precios corrientes.

pesar del intenso bloqueo a que ha sido sometida por más de 4 décadas [De La Torre & Col., 2004].

En lo que a eficacia se refiere –se entiende como tal la capacidad de lograr objetivos— [ILO. UNOPS, Eurada, 2000] la presente discusión se centra en el logro por parte de Cuba de tres objetivos de salud definidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS, 2003] en el marco de la evaluación de los Objetivos de Desarrollo de Milenio. En lo que concierne a la reducción de la mortalidad de la niñez, Cuba muestra una marcada tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad del menor de 5 años, y de mortalidad infantil y los niveles actuales de esas tasas: 8.0 en el 2003 [Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2003] y 5.8 en el 2004 [Granma, 2005], respectivamente, se encuentran entre los más bajos del mundo. La meta propuesta de reducir en dos terceras partes estas tasas entre 1990 y el 2015 fueron logradas por Cuba más de 15 años antes de la fecha establecida para alcanzar la meta. En lo relativo al mejoramiento de la salud materna, para una fecha alrededor del año 2000, la mortalidad materna de Cuba era la novena más baja entre 36 países de la Américas. [OPS, 2002] En lo referente a combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, Cuba registra, de acuerdo a criterios definidos por el PNUD [PNUD, 2003], - la mejor clasificación- al presentar muy bajas tasas de seropositivos al VIH y de casos de SIDA. A su vez, el último caso autóctono de malaria se produjo hace cerca de cuatro décadas atrás, [Del Puerto, Ferrer, Toledo, 2002] y en lo relativo a la tuberculosis, la tasa de incidencia es la más baja de las Américas, igual a la de Alemania y Suiza, e inferior a la de Francia, Gran Bretaña, Austria y Australia. [WHO, 2003]

En lo que concierne a eficiencia –considerada como tal la relación entre recursos y resultados- [ILO. UNOPS, Eurada, 2000] Cuba en el contexto de las Américas, que incluye países de alto desarrollo como los Estados Unidos y Canadá, muestra un alto índice de eficiencia en el logro, tanto del estado de salud, como de sus determinantes, en relación con su desempeño económico y sus recursos en salud. Un ejemplo ilustrativo es que Cuba ha logrado la eficiencia máxima o muy cercana a la eficiencia máxima, en lo que respecta a los niveles de esperanza de vida al nacer, a la cifra de mortalidad infantil y de menores de cinco años, y a la mortalidad por deficiencia nutricional, así mismo, en lo que se refiere a la cifra de médicos, cama hospitalaria por habitante y a la disponibilidad de calorías, en función de los recursos económicos disponibles. [De La Torre & Col., 2004]

Entenderemos por equidad en salud, la minimización de las desigualdades del estado de salud de la población y en sus determinantes, entre grupos de personas que viven bajo diferentes condiciones, comprendiendo como tales, con vista al presente examen, aquellas que residen en diferentes territorios de un país. [Braveman, 1998] Cuba entre un grupo de países de Américas tenidos en cuenta, incluido los Estados Unidos, es el de menos desigualdad territorial en cuanto a la esperanza de vida al nacer, mortalidad del menor de cinco años, mortalidad materna, y bajo peso al nacer en los recién nacidos, [De La Torre & Col., 2004] y es un hecho bien conocido, como ha sido señalado, que las desigualdades en salud, especialmente en la esperanza de vida al nacer, reflejan desigualdades socio económicas estructurales. Por otro lado, Cuba se halla considerada entre los países de las Américas como de baja brecha de ingreso, y ha sido evidenciado que, en el propio contexto de países, los escenarios de mayor desventajas socioeconómicas, no sólo son aquellos en los que hay mayor escasez de recursos y pobreza generalizada, sino también en aquellos en los que hay mayor desigualdad en la distribución del ingreso. [OPS, 2003]

La extraordinaria capacidad de respuesta de Cuba para enfrentar los problemas de salud se ha puesto de manifiesto en múltiples oportunidades, y con absoluta nitidez en la década de los noventa – fundamen-

talmente en su primer lustro-, cuando la desaparición del campo socialista, junto con el recrudecimiento del bloqueo por parte del gobierno de los Estados Unidos colocaron a Cuba en lo que se a considerado el más complejo momento de su historia como nación independiente. [Lage, 1995] Mientras la variación acumulada de Producto Interno Bruto (PIB) para Cuba de 1981 a 1990 fue de 39,5% (24 de 32 países de América Latina y el Caribe tuvieron un menor desempeño que Cuba en el mismo período), entre 1991 y 1995, la variación acumulada del PIB para Cuba fue de –30.6%, la mayor en sentido negativo de Latinoamérica y el Caribe. No obstante, tan difícil cuadro económico, la situación de salud no se deterioró. Sirva de ejemplo, que mientras de 1989 a 1993 el PIB decrecía en 34,8%, a la par la mortalidad infantil descendió en 15.3%, la mortalidad del menor de cinco años en 10.3% y la mortalidad materna en 7,9%. [Oficina Nacional de Estadísticas (One), 1995; Cuba. Ministerio De Salud Pública, 1998]

Se ha demostrado que es posible que un país con escasos recursos económicos, bloqueado económica, financiera y comercialmente por más de 40 años – con perjuicios para Cuba que hasta el 2003 se estimaban en 79 325 millones de dólares-, [Informe de Cuba, 2004] pero con un Sistema de Salud que responde a las necesidades de la población, sin mecanismos de mercado en los que el paciente deviene en paciente-cliente, puede ser eficaz, eficiente y equitativo en el logro de la salud, resultante de un conjunto de factores motivados por la voluntad política de un Estado, que responde a los interés de sus ciudadanos, y la voluntad de los propios ciudadanos.

La batalla

En Cuba estamos convocados e inmersos en una batalla de ideas. Al respecto, Fidel Castro ha dicho: "Por ello creo firmemente que la gran batalla se librará en el campo de las ideas y no en el de las armas, aunque sin renunciar a su empleo en casos como el de nuestro país u otro en similares circunstancias si se nos impone una guerra, porque cada fuerza, cada arma, cada estrategia y cada táctica tiene una antítesis surgida de la inteligencia y la conciencia inagotables de los que luchan por una causa justa... No obstante, a riesgo de cansarlos me permito repetir y reiterar: frente a las armas sofisticadas y destructoras con que quieren amedrentarnos y someternos a un orden económico y social mundial injusto, irracional e insostenible: ¡sembrar ideas!, ¡sembrar ideas!; ¡y sembrar ideas!; ¡sembrar conciencia!, ¡sembrar conciencia! ¡y sembrar conciencia! [Informe de Cuba, 2004].

- ASOCIACIÓN AMERICANA PARA LA SALUD MUNDIAL (1997). El impacto del embargo de EE.UU en la Salud y la Nutrición en Cuba. Resumen Ejecutivo. Washington, marzo.
- BRAVEMAN P. (1998). Monitoring equity in health: a policy –oriented approach in low-and_middle income countries. Geneva: WHO. (Doc. WHO/CHS/HSS/98.1).
- CASTRO, F. (2003) "La gran batalla se librará en el campo de las ideas" (Discurso). Granma, jueves 30 de enero: 4-5.
- CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MINSAP) (1998). Salud en el tiempo. La Habana: MINSAP.
- CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (S/F). Anuario Estadístico de Salud 2003. MINSAP. La Habana.
- CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MINSAP). Anuario estadístico de salud 2003. La Habana: MINSAP; Cuadro 21.
- D' STEFANO, M. (2000). Dos siglos de diferendo entre Cuba y Estados Unidos. La Habana. Editorial de Ciencias Sociales.
- DE LA OSA, JA. (2005) "Cero caso de tétanos. Por primera vez en Cuba". Granma, martes 18 de enero:1.
- DE LA TORRE E, LÓPEZ C, MÁRQUEZ M, GUTIÉRREZ JA, ROJAS F. (2004) La salud para todos si es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Cap. 4. (en imprenta).
- DEL PUERTO C, FERRER H, TOLEDO G. (2002) Higiene y epidemiología; apuntes para la historia. La Habana: Editorial Palacio de las Convenciones. 169.
- DIGITAL GRANMA INTERNACIONAL (2004). "Países que apoyaron nuestra resolución (179)". http//:granmai.cubaweb.com Acceso el 29 de octubre.
- GRANMA (2003). Suplemento Especial. Informe de Cuba al Secretario General sobre la Revolución 57/11 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. "Necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos de América contra Cuba". La Habana, 8 de julio.
- GRANMA (2004). "Cuba y su defensa de todos los Derechos Humanos por todos". (Tabloide Especial), marzo.
- GRANMA (2005), 3 de enero, p. 5.
- ILO. UNOPS, EURADA (2000) Cooperazione italiana. Local economic development agencies. Roma; ILO, UNOPS, EURADA, Cooperazione italiana. 150.
- Informe de Cuba al Secretario General sobre la Resolución 58/7 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. "Necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos de América contra Cuba". http://www-.granma.cubaweb.cu (Consulta: 17 de noviembre de 2004).
- LAGE C. (1995) "Intervención en el Foro Económico Mundial de Davos, Suiza". Granma, 28 de enero, p. 6.
- MARTÍNEZ, O. (2004) "Hemos denotado las maniobras enemigas para asfixiarnos económicamente" (Discurso). Granma, lunes 27 de diciembre.
- OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (ONE) (1995) La economía cubana 1994. La Habana: ONE.
- OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Francia: OMS.32.
- OPS (2002). Situación de salud en las Américas; indicadores básicos 2002. Washington DC: OPS. (Doc. OPS/SHA/02.01).
- OPS (2003). La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora, 2003. Washington DC: OPS. (Documento Oficial No. 312).8.
- PNUD (2003). Informe sobre desarrollo humano 2003. Madrid: Ediciones Mundi Prensa. 349.
- RODRÍGUEZ, JL. (2004) "Hoy como nunca antes, se perfilan todas las posibilidades que se han creado para alcanzar una sociedad mejor" (Informe). Granma, lunes 27 de diciembre.
- VEREZ-BENCOMO, V. Y COLS. (2004) A Synthetic Conjugate Polysaccharide Vaccine Against Haemophilus influenzae Type b. Science, Vol. 305, www.sciencemag.org Acceso el 23 de julio.
- WHO (2003). Global tuberculosis control: surveillance , planning, financing. WHO Report 2003. Geneva: WHO. (Doc. WHO/CDS/TB/2003.316). 146. 171

22 Uruguay: Participación Social en Salud y el Papel de la Epidemiología

Miguel Fernández, Sergio Curto

La llegada de las fuerzas progresistas al gobierno de nuestro país y la propuesta de cambio del sistema de salud y asistencia médica, plantean una realidad de transformación que necesariamente deberá profundizar en los principios teóricos y éticos de la puesta en marcha de una concepción humanista, donde el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto son el centro y el objetivo principal de las nuevas políticas de salud.

Este escenario requiere nuevos enfoques en diversos ámbitos de la atención de la salud y la asistencia de la enfermedad, procurando una visión realista pero centrada en los derechos sociales del ciudadano.

Un antecedente importante en relación a la participación de la comunidad en los temas de salud lo constituyen las políticas de salud encaradas por las recientes administraciones progresistas de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Ejemplo de ello es la experiencia municipal de descentralización y participación en salud denominada Plan de Atención Zonal (PAZ).

Este Plan se sustentó en los principios rectores de equidad y justicia social integrados a la acción, dando lugar a la cogestión de la comunidad en diversos componentes del mismo. La realización de este Plan del Gobierno municipal se articuló con la sociedad civil, a través de la puesta en marcha de una política de convenios, con transferencia de recursos a las comisiones de vecinos para gestar servicios e implementar programas.

Agradecimiento:
Los autores agradecen a la Br. Lucía Fernandez la información y asesoramiento sobre algunos temas incluidos en este trabajo.

La IMM realiza la atención ambulatoria y extra-hospitalaria de 300.000 personas a través de sus Policlínicas Zonales, población que presenta un gran porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

El PAZ representa un nuevo concepto sobre atención integral a la salud, tal como se expresa en sus propósitos: "Desarrollar Planes de Atención Zonal a la salud, que a partir de las Policlínicas Municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, contribuyan a conformar la base de los Sistemas Locales de Salud. Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de la descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local".

Componentes del PAZ:

1) El cambio de modelo de atención: "Avanzar en el proceso de transformación del modelo asistencialista curativo de atención a la salud, revalorizando el concepto de integralidad en las acciones con énfasis en la promoción y prevención. Desarrollar la atención por programas de carácter integral, orientados hacia grupos de población prioritarios y problemas seleccionados. Consolidar los equipos interdisciplinarios de salud y fortalecer la coordinación con los trabajadores sociales de los Centros Comunales Zonales (CCZ)" (Programa de Desarrollo. Departamento de Higiene y Asistencia Social. IMM – 1990).

2) Programas de Atención Integral (Promoción y Educación para Salud, Control de Salud. Actividades Preventivas, Diagnóstico Precoz, Recuperación y Rehabilitación).

3) Equipo Interdisciplinario de Salud (todos integrantes técnicos – profesionales y administrativos de una misma Policlínica conformando el Equipo de Salud)

4) Diagnóstico de salud zonal (sistemas de vigilancia epidemiológica con criterio geográfico poblacional). La puesta en marcha de la metodología de Planificación Estratégica de Montevideo (1994), supuso la identificación de los puntos críticos a nivel departamental y zonal, con determinación de prioridades específicas y definición de objetivos y metas a corto y mediano plazo.

El PAZ incluye entre sus objetivos "posibilitar el diagnóstico continuo de la situación de salud zonal, como guía para las actividades del equipo de salud y la comunidad mediante un proceso permanente de planificación – acción participativo".

Un componente del Programa son los Módulos de Información Básica Zonal. Estos son un instrumento para sistematizar la información, de uso permanente, a través del cual se logra por sucesivas aproximaciones, un conocimiento cada vez más acabado de la realidad del proceso salud-enfermedad en las zonas afectadas. El módulo de información básica es la "historia" de la zona y cada equipo que trabaja en ella es el responsable de su constante actualización y perfeccionamiento.

5) Coordinación Intra e Intersectorial

6) Evaluación continua de la gestión

7) La descentralización y la participación vecinal: fundamentada en su impacto social y las particularidades que esta adopta como participación vecinal en salud. El trabajo de las comisiones de vecinos inclu-

ye una mirada interdisciplinaria más rica y compleja, en la medida que un programa con participación comunitaria debe incluir en su modalidad de intervención la visión de los involucrados, incorporando nuevos matices desde un saber que no se encuentra legitimado en la academia.

A través del Plan zonal se ejecutan una serie de líneas programáticas. A modo de ejemplo mencionamos:

- El Programa de Atención Integral al Niño que incluye la atención integral de salud a menores de 14 años, priorizando a los menores de un año, preescolares y menores de 5 años en los siguientes Subprogramas:

  - control del recién nacido.
  - seguimiento hasta el año de vida.
  - control del Crecimiento y Desarrollo (menores de 5 años).
  - Programa Ampliado de Inmunizaciones.
  - control de preescolares en Guarderías Comunitarias.

- El Programa de Atención Integral a la Mujer (Maternidad Informada y Voluntaria; Prevención y Control del Cáncer Genito-Mamario y Atención Integral al Embarazo y Puerperio) propone un modelo de atención que tome en cuenta integralmente las necesidades de la mujer, las características de su contexto familiar y social y fomente su participación activa y responsable y de las redes sociales de apoyo. Promueve la capacitación de los equipos de salud y de las vecinas participantes para facilitar su rol orientador a nivel familiar y barrial.

- El Programa de Atención a la Salud Bucal; Este Programa tiene componentes educativos preventivos y asistenciales dirigidos a niños, adolescentes y embarazadas. Las acciones preventivas incluyen fluorterapia tópica, control de placa microbiana, educación sobre consumo de hidratos de carbono y de hábitos nocivos para la salud bucal. Las acciones asistenciales priorizan la atención rehabilitadora de las piezas permanentes. El trabajo zonal fuera de estas policlínicas incluye actividades en escuelas públicas y actividades barriales.

Corresponde señalar la existencia de otras modalidades de acción y coparticipación de la comunidad en planes de salud como las acciones coordinadas de la IMM con la Universidad y organizaciones sociales formales o informales. Entre estas se encuentran el proyecto de investigación "Gestión de Residuos Sólidos, un abordaje territorial desde la perspectiva de la inclusión social, el trabajo y la producción" proyecto conjunto de la Comisión Social Consultiva de la Universidad de la República (UDELAR), la IMM y el sindicato de los clasificadores de residuos (UCRUS).

Finalmente debemos mencionar el convenio ApexCerro-UDELAR con la IMM, que surge a partir de la decisión de ésta última de realizar el saneamiento de los barrios Casabó y Cerro Oeste. El Programa Apex-Cerro (UDELAR) entendió que esta obra era una excelente oportunidad para potenciar la salud y el desarrollo de la zona con personal universitario y la participación de la comunidad. Este proyecto incluye zonas críticas desde el punto de vista sanitario de los barrios Casabó y Cerro Oeste de la ciudad de Montevideo.´

En sus objetivos se señala la necesidad de conocer y caracterizar (Censo de viviendas hogares y personas) la población de las zonas en situación crítica desde el punto de vista sanitario del barrio Casabó y en la zona Cerro Oeste. A partir de ello: analizar y discutir con los vecinos los resultados del censo, e implementar talleres de intercambio entre los técnicos-pro-

fesionales y la población. La participación comunitaria en este proyecto implicó 500 horas de trabajo de vecinos de los barrios involucrados.

La Epidemiología del Cambio[1]

Como señalamos al comienzo, el escenario de transformación encarado a partir de una propuesta humanista que procura el bienestar de las personas y una sociedad más justa, requiere nuevas visiones de la atención de la salud y la enfermedad.

Un capítulo fundamental, donde son necesarios profundos cambios en el modo de concebir el rol del Estado y el rol de la Sociedad, son las políticas epidemiológicas.

En los últimos años la evolución de la Epidemiología, especialmente en América Latina, ha experimentado el surgimiento de corrientes renovadoras que buscan posicionar a esta disciplina académica de características muy particulares, en la correcta relación con su objeto de estudio: la comunidad y con su propósito principal: el bienestar de la gente.

La Epidemiología, que históricamente ha evolucionado al influjo de las corrientes políticas y sociales predominantes, es para esta nueva visión, una disciplina científica de carácter "socio-médica" cuya estrecha relación con lo social deviene de que "el proceso salud-enfermedad se hace visible básicamente a través de los problemas de salud de los conjuntos humanos" [Martinez Calvo, 2003] y la correspondencia entre la epidemiología y la sociedad es consecuencia de ser la disciplina que estudia en forma colectiva los eventos y procesos que ocurren en las poblaciones.

Estas nuevas corrientes epidemiológicas surgen a partir de propuestas innovadoras que apuntan a recuperar el "correcto abordaje del objeto epidemiológico" mediante la práctica de una "Epidemiología Crítica" [Breilh, 2003], la focalización en las desigualdades o inequidades en salud, así como la concepción de renovados enfoques como la "eco-epidemiología" o la "etno-epidemiología", algunos de ellos hasta ahora restringidos a áreas específicas de la Epidemiología médica.

Todas estas visiones, que en su conjunto constituyen una renovación de la Epidemiología, presentan a la sociedad como el sustrato de los problemas de la salud y son la respuesta a los desafíos que plantea a la salud la realidad de la globalización neoliberal: el crecimiento de la pobreza y la indigencia, la feminización e infantilización de la pobreza, aumento del trabajo infantil, el desempleo masivo, los movimientos migratorios y los problemas medioambientales, entre otros.

El punto de vista colectivo se contrapone y complementa al concepto clásico del "caso" individual como unidad de estudio, aún cuando se analizan conjuntos de casos en sus diversas formas de agrupación de carácter epidemiológico, y promueve nuevas formas de análisis de aquellos factores sociales que determinan la salud de los diferentes grupos que conforman la sociedad.

Defensores de esta perspectiva proponen ampliar los recursos técnicos limitados de la clásica concepción cuantitativa (paradigma positivista) propiciada por los centros de poder científico, como recurso instrumental del poder político y económico al servicio de sus intereses.

Las nuevas corrientes epidemiológicas procuran un enfoque de la investigación más cercano al modelo o paradigma etnográfico (histórico-antropológico) [PINUS, 2002] basándose en criterios de la investigación cualitativa, originada en las llamadas "ciencias sociales".

Es así que el investigador inmerso en el contexto social, recoge y analiza las opiniones, discursos, ac-

1. Publicado en el semanario "Voces del Frente" Año I, Nº 14, Noviembre 2004.

ciones y significados personales para comprenderlos en profundidad en sus aspectos sociales y culturales, conocer las conductas de la comunidad, sus motivaciones y vivencias.

"Los epidemiólogos no asumen actualmente la complejidad de los campos social y cultural en que se procesa la enfermedad y la atención" [Menéndez, 1998]

La nueva epidemiología reclama una proyección social mayor que la que proporciona el análisis de las enfermedades y de los factores de riesgo individuales, y para ello concibe un marco conceptual de base social y comunitaria, en consonancia con los graves problemas que plantea la actual sociedad globalizada.

El nuevo gobierno progresista, sin dejar de lado los avances metodológicos de la estadística y la matemática, la tecnología informática y los avances académicos en el campo tradicional, necesitará instaurar espacios (gubernamentales o no) para comenzar a construir las bases de lo que se denomina el "monitoreo crítico" de los determinantes de salud y enfermedad.

Esta nueva modalidad de vigilancia epidemiológica, no tradicional y no convencional, apunta a una verdadera participación social que contribuye al "empoderamiento" social en materia de control de la salud.

La Epidemiología del cambio deberá generar los ámbitos y mecanismos para que la sociedad organizada, progresivamente participe de la "evaluación y ajuste de los procesos en su conjunto, y en los escenarios de toma de decisiones" [Breilh, 2003].

La participación de la comunidad en estos procesos no es solamente una forma de ejercer un derecho reconocido por las organizaciones internacionales de la salud [OMS/UNICEF, Alma-Ata. 1978], es sobre todo una forma de aportar una visión diferente de los problemas sanitarios, que resulta de incluir aspectos que la Epidemiología tradicional no considera, y que permiten explicar la incidencia de factores socio-económicos y culturales, comprender comportamientos e interpretaciones de los usuarios o beneficiarios de los servicios de salud, estudiar interacciones de grupos sociales y sus consecuencias en la salud colectiva.

De esta manera se podrán profundizar los objetivos de justicia social del nuevo gobierno progresista y la Epidemiología, como disciplina médica, se aproximará a la comunidad fortaleciendo un vínculo que está implícito en su propia naturaleza, estrechamente ligada con la búsqueda del bienestar de la gente.

REFERENCIAS

- BREILH J (2002). "De la vigilancia convencional al monitoreo participativo" Centro de Estudios Asesoría en Salud (CEAS). Quito, Ecuador. Trabajo basado en la ponencia a la Conferencia sobre Salud en el Trabajo y Ambiente: Integrando las Américas – Salvador (Brasil), junio 9.
- BREILH J (2003). "Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad" Bs. Aires, Argentina. Editorial Lugar..
- FERNANDEZ GALEANO M (2000). "Descentralización y participación social en salud, La experiencia de Montevideo" OPS/OMS..
- FERNÁNDEZ L. "Breve síntesis del trabajo con la basura en Montevideo: de hurgadores a clasificadores organizados, análisis político – institucional" monografía para publicar.
- MARTINEZ CALVO S (2003). "Epidemiología y sociedad" Rev Cubana Hig Epidemiol;41(2-3)
- MENÉNDEZ, E (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", Estudios Sociológicos, núm. 46, El Colegio de México, pp. 37-67.
- OMS/UNICEF (1978). Declaración sobre Atención Primaria emitida con motivos de la "International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September.
- PINUS R (2002). "Paradigmas de Investigación en Salud" Córdoba, Argentina. Publicado en www.monografias.com

23 Equidad Real en la Oferta Pública de la Salud: El Norte de un Gobierno Municipal Democrático

Mónica Fein, Débora Ferrandini

La gestión municipal socialista de la ciudad de Rosario, en la perspectiva de quienes compartimos su vivencia, reconoce como el máximo de sus logros el haberse erigido como un gesto solitario pero firme contra la corriente neoliberal que arrasó la región con la fuerza del dogma. Entendemos que la potencia de este gesto se manifiesta en la construcción de una cultura que rescata y sostiene los valores que resultan de concebir la salud como derecho de los ciudadanos, a través de una praxis legitimada por la ciudadanía durante 16 años. Una praxis que logró rescatar la noción de eficiencia del discurso hegemónico del mercado para recuperarla como cualidad distintiva del sector público, aún cuando siempre subordinada a la equidad como principio.

No podemos hablar de un modelo logrado, de un lugar al que llegamos, de una conquista. Podemos hablar de una dirección, de un sentido orientador de una marcha, y de la potencia que ha tenido para resistir y avanzar en contra del vendaval que significó la década de los noventa. De este sentido, y de su construcción, intentaremos dar cuenta, conscientes de que significa resumir una historia muy rica en actores sociales, dimensiones y contradicciones.

La ciudad de Rosario cuenta con cerca de un millón de habitantes, y está situada en lo que fuera uno de los más importantes cordones industriales de la República Argentina, por lo que fue asiento de sucesivas migraciones internas en tiempos de pleno empleo. La crisis de los 80 y los 90 sumó migrantes de medios rurales, ya no en la búsqueda de trabajo formal, sino de estrategias de supervivencia a partir de la basura urbana, y cierta expectativa en relación con el acceso a servicios y asistencia. La desocupación en 1989 llegaba al 7,4%, cifra que fue creciendo hasta el 20% en el transcurso de la década menemista. El año 1989 constituyó a Rosario en el epicentro del estallido social en el que culminó el proceso hiperinflacionario. En diciembre de ese año, gana por primera vez las elecciones locales el partido socialista.

El inicio de la gestión, en 1990, se acompañó de un cambio de rumbo claramente explicitado en la asignación presupuestaria: el 8% del presupuesto hasta ese momento aplicado a la Secretaría de Salud se elevó al 25%, acompañando un incremento similar en el área de Promoción Social, que elevó a un 50% del presupuesto municipal la inversión en políticas estrictamente sociales.

Desde la Secretaría de Salud se crean entonces lo que se considerarían los pilares de un cambio: la Dirección de Epidemiología, con el objeto de comprender las necesidades poblacionales en salud, el Departamento de Formación y Desarrollo Profesional, con el objeto de propiciar la constitución de sujetos del cambio entre los trabajadores de la salud, y la Dirección de Atención Primaria, que, con presupuesto y gestión propias, organizaría la atención de la salud desde el seno mismo de las comunidades barriales, el escenario más adecuado para centrar las prácticas en las necesidades de la gente, atendiendo desde el diseño artesanal de cada equipo de salud a la riquísima heterogeneidad social, cultural y epidemiológica de la ciudad. Los equipos interdisciplinarios de salud barriales asumieron el desafío de trabajar en estrategias de planificación local participativa con autonomía, estableciéndose como únicas directrices centrales la equidad, la participación social y la integralidad y resolutividad de la clínica. El ejercicio de esta autonomía en el contexto barrial, la confrontación permanente de la perspectiva profesional con la de los distintos actores de la comunidad y la complejidad de los problemas de salud según son vividos en el escenario de la vida cotidiana fueron cultivando un movimiento instituyente que persiste avanzando sobre sus propias contradicciones. La estrategia de educación permanente fue anclando a los problemas cotidianos el pensamiento de autores y centros académicos comprometidos con la realidad latinoamericana, como el propio CESS, Mario Testa, la Fundación O. Cruz, el Laboratorio de Planificación de la Universidad de Campinas. Así, la epidemiología crítica y el pensamiento estratégico se conjugaban con la potencia del protagonismo social, y de ese modo, trabajadores y comunidades fueron ampliando la perspectiva de lo posible, conformando un movimiento instituyente construido a partir de una transformación micropolítica en la organización del proceso de trabajo. Proceso que construyó nuevos valores en infinitos nuevos contratos entre trabajadores, gobierno y ciudadanos, sostenidos en cada práctica ejercida en defensa de la vida. La universalidad y la gratuidad de la atención de la salud, devaluadas en el contexto de las prescripciones internacionales fielmente aplicadas en el país, se constituyeron en un norte inalienable de este movimiento, y en una obligación irrenunciable del estado local. Pero, aún más allá, esta vivencia cotidiana de prácticas equitativas, democráticas, participativas y eficientes permitió que la ciudadanía se reapropiara de su factibilidad, incorporando esos rasgos a la conciencia del derecho a la salud, que se construía a la vez que las condiciones para su ejercicio. La filosofía de la Atención Primaria de la Salud, la equidad, el protagonismo popular abandonaban su

cristalizado destino de utopía para formar parte del sentido del trabajo cotidiano. El trabajo en Atención Primaria de la Salud entendido entonces esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida significó en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio. Significó también desarrollar estrategias de gestión que propiciaran la autonomía de los trabajadores y la diversidad de perspectivas y estrategias, para dar cuenta de la heterogeneidad de problemas, intereses y sueños que conviven no sin conflicto en la realidad de la ciudad. Aprender a valorar como positivo ese conflicto y centrar en él la reflexión, la planificación, la gestión y la organización de los procesos de trabajo sigue siendo la tarea más ardua y provechosa que compromete a la Secretaría.

Revisar la gestión viene implicando la necesidad de deconstruir la organización burocrática generando dispositivos que organicen las prácticas en el eje de las necesidades de la comunidad, asumiendo estas necesidades como una construcción compleja, dinámica y contradictoria. La burocracia resuelve el conflicto negándolo: la única voz que se impone es la de la norma o la autoridad. Fue necesario revisar todos los circuitos de decisiones diseñados en torno a esta concepción y sustituirlos por dispositivos en los que se privilegia la explicitación de los conflictos y mecanismos que permitan su superación en la búsqueda de síntesis dialécticas sucesivas, que contengan, supriman y superen las contradicciones. Repensar la organización del proceso de trabajo repensando todos los circuitos de toma de decisiones, proceso que está lejos de haber logrado sus máximos objetivos.

Descentralizar implicó en una primera instancia construir una fuerte centralidad. Esto instaló la necesidad de definir directrices que constituyen la esencia, el núcleo de la preocupación y responsabilidad del nivel central de la conducción, de modo de garantizar que toda decisión se tome lo más cercanamente posible al nivel en el que se vive el problema y que en toda decisión que se tome en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública esas directrices centrales estén aseguradas: la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social (como prioritaria respecto de la eficiencia) pero también la eficiencia, la prevención y la promoción de la salud. Estas directrices se resumen en los siguientes ejes de trabajo:

- Prácticas contextualizadas y efectivas de atención de la salud

- Estrategias para lograr equidad en la utilización de servicios

- Planificación participativa de acciones en defensa de la salud y de la vida.

Ninguno de estos tres ejes de trabajo encuentra sentido sin intersectarse con los otros, y reformularse a partir de esa intersección. El logro de la equidad en la utilización de los servicios es un objetivo de la planificación local, que también hace propuestas que redefinen y contextualizan las estrategias clínicas.

En torno a cada uno de estos ejes se intentará un relato del recorrido.

Planificación participativa de acciones en defensa de la salud y de la vida.

Se trata de prácticas de construcción de la salud colectiva diseñadas a través de procesos locales de programación participativa que parten de una visión epidemiológica dinámica de la situación de salud de cada área, construido permanentemente con la comunidad. Este diseño local de programas y actividades encuentra en el nivel del distrito un espacio de negocia-

ción y consenso entre las diferentes perspectivas zonales entre sí y entre éstas y las estrategias políticas del nivel central, tanto dentro como fuera del sector salud. Esta construcción de democracia directa implicó desarrollar procesos de socialización del conocimiento que pusieran en diálogo permanente la información técnica con el saber popular para producir una nueva forma de comprender la realidad, aquélla que sólo se logra en el compromiso de transformarla. La construcción colectiva del problema, es decir, de la situación que se desea transformar, implica contar con información producida en forma local, con sencillez y rigurosidad, atendiendo a aspectos tanto cuantitativos como no cuantitativos para la descripción y explicación de los problemas, de modo de poder ser compartida con todos los sectores de la comunidad. El espacio de concertación entre los diferentes actores de la comunidad, los técnicos del equipo de salud local y otros referentes locales del estado (de otros sectores) no sólo discute la priorización y explicación de los problemas sino también las operaciones para enfrentarlos. Este diseño local de programas y actividades encuentra en el nivel del distrito un espacio de negociación y consenso entre las diferentes perspectivas zonales entre sí y entre éstas y las estrategias políticas del nivel central, tanto dentro como fuera del sector salud.

Intencionalmente hablamos de planificación y no sólo de programación local porque entendemos que se trata de la construcción de un gobierno local que piensa estratégicamente, e incluye la programación como una fase de ese proceso que se da para transformar la realidad. ¿Cuál es el sentido de esa transformación? El que le imprime el vector resultante del interjuego de los distintos actores que gobiernan, con sus sueños, intereses y deseos.

La decisión política del gobierno municipal de descentralizar la gestión de la ciudad en seis distritos significó un marco importante para el desarrollo de procesos democratizadores. La planificación local se instaló entonces como una actividad esencialmente política, incorporada a una reforma integral del estado municipal tendiente a acercar la capacidad de decisión a ese contexto local donde los problemas se sufren. Los distritos no son vistos naturalizadamente como espacios físicos completos, sino como espacios en permanente construcción, productos de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política. Estos distritos, en tanto se constituyen en la perspectiva de todos los enfoques de la gestión municipal, facilitan el abordaje intersectorial. De todos modos, se reconocen al interior de estos distritos territorios donde el proceso de programación tiene una escala más humana, más tejida en el contexto de la cotidianeidad. Se trata del área de influencia de cada centro de salud, definida como el ámbito de interacción posible entre el equipo de salud y la población de un territorio. El diseño de estas áreas se realiza a partir de la constatación de la procedencia de las consultas del centro de salud. Del análisis del espacio así delimitado se fue definiendo la co-responsabilidad por la salud entre población y servicios, así como las heterogeneidades en su interior, que implican el diseño de estrategias igualmente heterogéneas para garantizar la equidad en la utilización de los servicios, y también en la capacidad de participar en el proceso de toma de decisiones. Cada uno de esos territorios es mucho más que una superficie geofísica: es un escenario de vínculos y conflictos, de intereses diversos en juego, de proyectos de distintos actores con distintas cuotas de poder. Se trata de un peculiar tejido donde los determinantes económicos y políticos se inscriben en la cultura y el modo de vivir, enfermar y morir de una población. Cada equipo local tiene autonomía para decidir integrando al protagonismo de la comunidad el proyecto de trabajo: los problemas prioritarios, las estrategias para abordarlos, el modo de evaluar el cambio producido. En el espacio del distrito las distintas

realidades locales dialogan entre sí y con las directrices del nivel central.

El proceso participativo permitió transitar la crisis política y económica en la que el país se sumió en el 2001 con una profundización de la democracia. Mientras veinte intendentes argentinos debieron renunciar ante la absoluta pérdida de legitimidad de la clase política y el caos que significó la devaluación, el intendente de Rosario, Hermes Binner, discutía en asambleas distritales con vecinos, funcionarios y trabajadores de la salud prioridades y estrategias que permitieran defender la vida en el momento en que el presupuesto en salud se había reducido a un cuarto en su poder adquisitivo.

La consolidación del Presupuesto Participativo como forma directa de gestión en la economía municipal, en la que la población debate por distrito las prioridades presupuestarias en función de los problemas que identifica, fue permitiendo que la participación trascendiera los límites del sector salud y movilizara la práctica intersectorial de funcionarios y trabajadores.

En suma, se trata de construir capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas y desarrollar con la gente respuestas peculiares a esas necesidades. De allí la permanente búsqueda de un modelo de gestión que permita la constitución de los trabajadores de salud como sujetos protagonistas en permanente revisión y remoción de las barreras con que las instituciones obstruyen la participación de la gente en la construcción de su derecho a la salud.

Prácticas contextualizadas y efectivas de atención de la salud

Nos referimos a prácticas clínicas comprometidas con un resultado en salud y no meramente con el seguimiento riguroso de un protocolo. A prácticas efectivas en el contexto social y cultural en el que se desarrolla el proceso de salud enfermedad, asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud. Entendemos el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención, aún cuando éste incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Esta práctica clínica debe reformularse permanentemente en la visión epidemiológica del territorio y sujetarse a la planificación local. En este sentido comenzamos a trabajar en la adscripción de derechohabientes a equipos básicos de referencia. Cada equipo, compuesto mínimamente por un/a médico/a y un/a enfermero/a, asume la responsabilidad de la atención de la salud de un número de familias, y actúa como su agente en la red de servicios. Para ello cuenta con el apoyo matricial del resto de los profesionales del equipo interdisciplinario local y con todos los recursos de la red de servicios de modo de asegurar la máxima resolutividad, y el uso apropiado de la tecnología. Esta red incluye un sistema de atención de la emergencia, tres hospitales de mediana complejidad, una maternidad, un hospital de niños y un hospital de adultos equipados para resolver la alta complejidad, centros de rehabilitación de segundo y tercer nivel y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias. Éste tiene como misión institucional específica la respuesta con interconsulta especializada y estudios complementarios a las necesidades planteadas en los centros de salud, con lo que el paciente obtiene sin trasladarse el turno para su atención especializada, y la referencia/contrareferencia es objeto de una gestión específica. El CEMAR aloja un laboratorio central donde se procesan las muestras obtenidas diariamente en los centros de salud. Progresivamente se está trabajando en la asignación de responsabilidades territorialmente delimitadas a los especialistas, de modo de que cada uno de ellos desarrolle un vínculo estable con un de-

terminado número de equipos de referencia, y colabore efectivamente en la resolución de problemas clínicos a través del asesoramiento, la capacitación o la interconsulta, según en cada situación se defina el mejor modo de conjugar el saber específico con el saber en contexto.

La internación persigue sostener la longitudinalidad del vínculo terapéutico, por lo que los equipos hospitalarios incluyen a los equipos de referencia ambulatorios en la discusión de cada proyecto terapéutico. El desarrollo de la internación domiciliaria viene permitiendo a un número creciente de sujetos enfermos ejercer el derecho a estar en su casa, recibiendo una atención más adecuada, singularizada y eficiente que la que podría darse en el contexto hospitalario.

Los medicamentos necesarios para la atención ambulatoria y en la internación son provistos gratuitamente a partir de un formulario terapéutico de específicos en diferentes formas farmacéuticas, que fue construido con la participación de los médicos y farmacéuticos de la red. Una parte importante de esa medicación es producida por el Laboratorio de Especialidades Medicinales, sociedad del estado cuya creación ayudó a instalar una política en el área de medicamentos y a enfrentar los riesgos de la absoluta dependencia del mercado. Actualmente produce casi la totalidad de las soluciones parenterales que se utilizan en los distintos efectores de la Secretaría y cuarenta rubros que incluyen comprimidos y galénicos. Procesos de educación permanente y de auditoría persiguen el logro de la máxima racionalidad en la prescripción, a la vez que problematizan la adherencia a tratamientos crónicos buscando dispositivos integrales que la aseguren.

La equidad en el acceso a los servicios significa también equidad en el acceso a la calidad y a la tecnología apropiada, y en ningún caso el estado deja de asumir la responsabilidad de la respuesta integral a las necesidades de atención, ya sea proveyendo directamente o agenciando la respuesta. El hecho de que esta iniciativa local se desarrolle en un contexto provincial y nacional de descompromiso estatal más allá de "paquetes básicos" de servicios viene dando a esta decisión desafíos crecientes en su concreción. Rosario no ha abandonado este desafío en virtud del valor político que significa instalar como derecho universal lo que otro considera prescindible para los pobres. Desde el estado municipal, si una tecnología es necesaria, se trabaja para que esté disponible para todos, si es prescindible, para que nadie acceda a ella, en este principio se funda una política en relación con la tecnología apropiada, que se traduce en la conciencia de derecho de la ciudadanía.

La prevención y la rehabilitación se conciben integradas al proceso de atención, de modo que áreas de apoyo matricial específicas aportan en relación con salud mental, salud de la mujer, la problemática del SIDA y las adicciones, tuberculosis, inmunizaciones, la inclusión de personas con discapacidad.

El proceso de transformaciones de las prácticas clínicas viene permitiendo que 22 mil mujeres elijan anticoncepción oral que reciben gratuitamente en efectores municipales y que otras 3500 por año decidan colocarse el DIU también gratuitamente. Los embarazos sin control se han reducido a un valor menor al 4 por ciento del total, asumiendo la Secretaría de Salud Pública la atención del 60 por ciento de todos los nacimientos que se producen en el sector público. La cobertura poblacional en inmunizaciones alcanza el 90 por ciento en menores de dos años. A pesar del deterioro estructural de las condiciones de vida en el país, el número de desnutridos anualmente diagnosticados en los centros de salud municipales se sostiene estable y el censo de talla de escolares de primer grado realizado en el 2003 arroja resultados similares a los de 1997. En el tratamiento de la tuberculosis se ha alcanzado un 88 por ciento de adherencia al tratamiento, que contrasta brutalmente con el escaso 50%

que se lograba al iniciar el proceso de cambio. La mortalidad por VIH/SIDA ha ido descendiendo significativamente entre los residentes en la ciudad de Rosario, de 12 muertes por cien mil habitantes en 1996, a 4 muertes por cien mil habitantes en el año 2003.

Los precedentes son algunos de los indicadores de un proceso que se ha iniciado, que no está dado, que significa una lucha cotidiana en contra de la inercia del status quo, pero que, definitivamente, ha conseguido negar su inevitabilidad.

Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de los servicios

En la convicción de que la inequidad enferma más que la pobreza, la gestión ha entendido que la equidad se logra en la medida en que los servicios sean utilizados en función de la necesidad, que generalmente varía en forma inversamente proporcional a la capacidad de demanda. Perseguir la equidad viene significando conocer la distribución poblacional de la desigualdad en términos de condiciones de vida y consecuente distribución de la enfermedad y la muerte, y desarrollar estrategias de discriminación positiva que puedan dar cuenta de la peculiaridad de cada situación y asegurar el derecho a la salud a la vez que la dignidad y la libertad de las personas, desarrollando las capacidades de escucha, flexibilidad y diálogo de los servicios de salud en relación con las heterogéneas necesidades de la comunidad. Esto ha significado construir en todos los puntos de contacto de los ciudadanos con la red de servicios dispositivos de admisión que interrogan la necesidad detrás de la demanda, y analizar permanentemente en los espacios de planificación local las barreras de acceso a los servicios.

Huelga decir que el proceso de cambio encuentra obstáculos importantes en la burocracia instituida en la gestión pública y en las instituciones educativas, atravesando aún a los propios sujetos de las transformaciones. Por eso hablábamos de una construcción a partir de las propias contradicciones.

En el terreno de la formación de trabajadores de salud se desarrollaron algunas experiencias que pretendieron instalar un vector en contra de estas determinaciones. En este sentido se instalaron en la currícula de la formación de posgrado de especialidades básicas períodos de práctica en los equipos interdisciplinarios barriales. También se creó la Residencia en Medicina General, con el objeto de formar médicos capaces de integrar la epidemiología y el pensamiento estratégico a una práctica clínica respetuosa de todas las dimensiones del sujeto. Egresados de ese programa de formación fueron alimentando el plantel de los equipos de referencia y progresivamente comprometiéndose en la gestión del cambio.

Estos ejes se enmarcan en una estrategia integral que considera la construcción de ciudadanía, la constitución de sujetos individuales y sociales capaces de luchar contra las limitaciones de la vida, como un fin último del trabajo en salud. Tarea que la comunidad asume a lo largo de la historia excediendo por supuesto el trabajo del sector salud y del estado. La implicación de los trabajadores del sector en esta estrategia viene siendo heterogénea y dificultosa, también lo es la de los funcionarios. El autoritarismo, la alienación y la burocracia se erigen como obstáculos instalados y la lucha contra ellos se da en las dimensiones políticas, organizacionales y subjetivas. La lucha no compromete hoy a todos, ni aún siquiera a la mayoría, pero se puede asegurar que en cada equipo de trabajo la contradicción se ha instalado.

La conformación de equipos de gestión en cada centro de salud, fue una herramienta dinamizadora de un aprendizaje basado en la problematización que viene conformando una masa crítica de trabajadores y referentes comunitarios. Los equipos de gestión fueron

constituidos por todos aquellos trabajadores que aceptaran profundizar la discusión hasta lograr un consenso y responsabilizarse de las decisiones así producidas. Este colectivo de trabajadores y actores de la comunidad ha protagonizado el proceso cotidiano de ampliar los límites de lo posible buscando superar las contradicciones, conjugando la autonomía con la responsabilidad. Esa vivencia constituye, para este movimiento, su reserva de futuro.

24 Avances en Salud del Gobierno Democrático de la Alcaldía de Bogotá[1]

Mario Hernandez, Lucía Forero, Mauricio Torres

Desde el comienzo de 2004, Bogotá D.C. cuenta con una nueva administración en cabeza de Luis Eduardo Garzón, quién llegó al cargo de Alcalde Mayor a partir de una coalición electoral denominada "Polo Democrático" que congregó a sectores progresistas, democráticos y de izquierda.

La apuesta de gobierno ha tenido como eje central el fortalecimiento del Estado Social de Derecho, a partir del reconocimiento y avance en la garantía del conjunto de derechos humanos para la población. En este sentido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. (SDS) tuvo, como referente para la construcción de la política publica, el reconocimiento de la salud como derecho humano y, como objetivo central, avanzar en la garantía de este derecho para la población de Bogotá DC.

Este documento muestra los elementos esenciales de esta propuesta, la cual partió de un balance de la salud en la ciudad desde el punto de vista de la situación de calidad de vida y salud de la población y de la respuesta social e institucional existentes, para luego definir una estrategia para la garantía del derecho a la salud en medio de la complejidad del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano y evidencia algunos de los resultados que hasta finales del 2004 se han obtenido con el desarrollo de la política pública.

1. Secretaria Distrital de Salud (Bogotá)

Una ciudad más moderna y más desigual

Bogotá ha cambiado en muchos aspectos en los últimos diez años. La inversión sostenida en infraestructura, en transporte, servicios y espacio públicos, amen de los avances en cultura tributaria y ciudadana, permiten hablar de Bogotá como una ciudad moderna o, por lo menos, en proceso de modernización; pero también, y sobre todo, es una ciudad más desigual y más pobre que hace diez años. Sin duda, la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) ha disminuido, gracias a la mayor cobertura de los servicios públicos básicos y a las inversiones sostenidas en infraestructura. Sin embargo, ha aumentado el número de familias que no pueden pagar el costo creciente de esos servicios básicos, como tampoco logran acceder a otros servicios más complejos como los de salud y educación. En las localidades más pobres de Bogotá, cerca del 15% de los hogares no pudieron consumir tres comidas diarias por falta de dinero, como lo muestra la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de junio de 2003[2]. Esto significa que se ha incrementado la pobreza, pero la medida de NBI no logra captar el fenómeno. Sólo si se mide por línea de pobreza (LP), es decir, por los ingresos familiares en contraste con el costo de la canasta básica de bienes y servicios, el problema resulta alarmante: entre 1993 y 2003, la población por debajo de LP pasó del 44,9% al 50%, lo que significó cerca de un millón de pobres más. Por debajo de la línea de indigencia (LI), el aumento fue del 8 al 17% en el mismo período.[Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004]

Los ingresos de las familias se han visto afectados por el desempleo y la precariedad del trabajo. En Bogotá persiste la más alta tasa de desempleo de las ciudades del país, además del alto subempleo e informalidad. En el año 2003, la ciudad contaba con una población en edad de trabajar de 5.317.000 personas, una población económicamente activa (PEA) de 3.558.000, un total de desocupados de 593.000, subempleados 1.175.000 y de inactivos de 1.760.000 [DANE, 2003)]. En 2004, la PEA ascendió a 5,461 millones con un desempleo de 14,8% [DANE, 2004]. Estas cifras superan en más del 50% las registradas en las demás ciudades. En Bogotá se concentra el 36,60% de la fuerza laboral de las trece principales ciudades y áreas metropolitanas del país [DANE, consolidado 2000 a 2004]. Si a esto se suma el aumento de la población desplazada, el panorama se hace más turbio. Aunque las cifras son discordantes, todas coinciden en reflejar un aumento considerable y constante de población en desplazamiento forzado a la ciudad en la última década. Según la Red de Solidaridad Social, entidad encargada de ofrecer los servicios a la población desplazada en los primeros seis meses, entre 1994 y febrero de 2005 llegaron a Bogotá 22.784 familias representadas en 90.643 habitantes [Presidencia de la República, 2005]. Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), entre 1995 y 2002 arribaron a la ciudad 358.188 personas desplazadas [El Tiempo, 2003], diferencia que muestra la gran dificultad del Estado para captar y responder a las necesidades de esta población. De hecho, esta situación impone a la ciudad necesidades de atención en salud y en todos los frentes sociales que, sin duda alguna, la desbordan.

El aumento de la precariedad ha sido desigual. La segmentación progresiva de la ciudad ha ubicado a los pobres en unas localidades más que en otras, razón por la cual la Alcaldía Mayor acudió inicialmente a la declaración de emergencia social para seis de las 20. Esta desigualdad se expresa en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, el ritmo es lento y no ha sido igual para todos. En 1993 ocurrieron 90 muertes maternas por cien mil nacidos

1. Según cálculos realizados por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia con base en la ECV-2003 del DANE.

vivos, mientras en 2003 se registraron 61,66 En el mismo período, las muertes de niños y niñas menores de un año disminuyeron de 26 a 15,05 por mil nacidos vivos. Las muertes por enfermedades evitables como la diarrea y la neumonía de los niños menores de cinco años disminuyeron considerablemente: en el mismo lapso, las muertes por diarrea pasaron de 30,9 a 5,16 por 100.000 y por neumonía de 78,7 a 20,21[3]. Estos son avances, pero si se compara con países que han logrado mejorar la calidad de vida de manera más equitativa, la situación es otra. El Reino Unido tiene una mortalidad materna de siete por cien mil nacidos vivos y una mortalidad infantil de seis por mil nacidos vivos. Chile tiene este último indicador en diez por mil y Suecia en tres por mil.

A pesar de la disminución de estas tasas, la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, a todas luces, injustas y evitables. Por ejemplo, en Ciudad Bolívar se presentó una tasa de mortalidad en niños menores de cinco años en 2002 de 250.9 por 100.000[4], mientras que en Teusaquillo fue de 166.08 por 100.000. En Kennedy, se presentó una razón de mortalidad por causas perinatales de 809.9 por 100.000 nacidos vivos en 2002, mientras en Teusaquillo fue de 235.8[5]. En Kennedy, la razón de mortalidad por embarazo, parto y puerperio fue de 83.27 por 100.000 nacidos vivos, esto es, 11 mujeres muertas ese año, mientras en Teusaquillo no se reportaron muertes. Estas inequidades constituyen el principal problema de salud de la población bogotana.

Respecto de la situación nutricional, durante el año 2002 se estableció que por cada 100 niños nacidos vivos, 11 tuvieron bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos); de éstos, 67% presentaron desnutrición intrauterina[6]. En los niños menores de 7 años, según la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia (2002), la desnutrición aguda alcanzó cifras de 0.5%; si este análisis se aplica a la población de los estratos 1, 2 y 3 que consultan a las empresas sociales del Estado (ESE), se encuentra que dicha prevalencia aumenta al 6.3%[7], lo que evidencia el efecto de la inequidad social. Mientras en Usme, la tasa de desnutrición aguda en el total de la población fue de 13,8% en 2002, en Usaquén sólo fue de 3,3%.

Un sistema de salud fragmentado y con barreras de acceso

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definido por la Ley 100 de 1993 ha tenido su mayor desarrollo en Bogotá. El porcentaje de población afiliada al Régimen Contributivo se ha sostenido cercano al 55% y, a diciembre 31 de 2003, se alcanzó una cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado de 1.369.970 personas, correspondiente a 19,95% de la población total de Bogotá (6.865.997). Sin embargo, no todos los cupos corresponden a personas: cuando se toma el número de unidades por capitación pagadas en este régimen, el número baja a 1.099.164. Esto implica que no todos los cupos adjudicados son utilizados por las personas, por razones no siempre controlables por el asegurador o por la SDS. Y aún queda alrededor de un millón y medio de personas no aseguradas, población denominada "participante vinculada", que son atendidas en su mayoría por la red pública adscrita y por contratación con la no adscrita, con re-

3. DANE, Colombia. Cifras preliminares.
4. Población: Cifras del Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD)
5. Nacidos vivos. DANE, Colombia.
6. Certificados de nacidos vivos en Bogotá D.C. en 2002.
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN.

cursos de la Nación y del Distrito administrados por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).

La oferta de servicios ha aumentado. En 2003 la SDS registró 12.502 prestadores en la ciudad[8]; de éstos, 2.196 corresponden a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), 31 a entidades de transporte asistencial y 10.275 a profesionales independientes. Al finalizar el 2003, el 78% de los prestadores se ubicaban en la zona norte y el 11%, 6% y 5% en las zonas sur oriente, centro oriente y sur de la ciudad, de manera respectiva. Esta distribución ha respondido a la dinámica del mercado de servicios, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres.

Según la naturaleza jurídica, predomina el sector privado: de las 2.196 IPS, hay 185 (8,46%) de carácter público, 1.684 (76,60%) privadas, 326 (14,90%) son fundaciones sin ánimo de lucro y hay una (0,05%) mixta. El Distrito Capital cuenta con 10.223 camas hospitalarias, de las cuales 6.304 pertenecen al sector privado y 3.919 al sector público. Esta cifra arroja un promedio de 1.52 camas por 10 mil habitantes, acorde con los estándares observados para los principales países de Latinoamérica; sin embargo, la pésima distribución implica una serie de barreras de acceso a los servicios para la población del sur de la ciudad que requiere decisiones de regulación de la oferta de gran envergadura.

A pesar de los avances del desarrollo del Sistema, existen serios problemas en la respuesta institucional y social a los problemas de salud en Bogotá. El más importante es la fragmentación. En diferentes escenarios y estudios se reconoce que el sistema de salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, pues existen diferentes planes de beneficios según la capacidad de pago de las personas, tales como el plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo (POSc), el plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado (POSs), otros planes complementarios ofrecidos por los seguros privados de salud, el plan de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) del Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios de los regímenes especiales. También está dividido en las competencias de los entes territoriales y la Nación, lo que dificulta el ejercicio de la rectoría territorial del sistema. En la actualidad, no es posible saber a ciencia cierta cuál es el perfil de morbilidad atendida de la población bogotana. La SDS recibe y analiza la información proveniente de la atención prestada por las ESE y otras IPS, pero no obtiene información sobre la atención de la población en el Régimen Contributivo, que es la mayoría. Esta situación se debe a la decisión de centralizar esta información en el Ministerio de la Protección Social a través de varios mecanismos no unificados, sin que los entes territoriales puedan utilizarla para la toma de decisiones. De manera que no existe un sistema de información suficiente para ejercer la rectoría del sistema en los territorios concretos y ésta se reduce a las labores de inspección, vigilancia y control en los aspectos señalados por las normas.

El segundo problema grave es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Por ejemplo, cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, se generan ba-

8. La cifra se obtuvo como resultado de la inscripción que realizaron los prestadores de servicios de salud en cumplimiento al plazo establecido por el Decreto 2309 de 2002. La fecha de corte es junio 30 de 2003.

rreras inaceptables que ponen en peligro la vida de las personas. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo. Esta población va en aumento, si se tiene en cuenta la situación de desempleo, subempleo e informalización laboral creciente.

En el marco del aseguramiento y en un modo de atención centrado en la enfermedad, el énfasis se ha puesto en los servicios de atención curativa individual y se ha debilitado la capacidad preventiva. La inversión en acciones preventivas por parte de las aseguradoras no alcanza los montos establecidos en la ley mientras en la SDS, la dirección de salud pública sólo recibió el 8% del presupuesto en 2003. Esto se expresa en una capacidad muy limitada para prevenir e intervenir sobre los problemas prioritarios de salud pública de la ciudad. El indicador más importante al respecto es el de cobertura de vacunación: entre 1998 y 2003, las coberturas de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) disminuyeron entre 5 y 25 puntos porcentuales. Aún hoy, a pesar de las campañas y la vacunación casa a casa, Bogotá no cuenta con coberturas útiles, después de haberlas logrado al comenzar los años noventa.

De otra parte, si bien la participación social en el sector salud ha aumentado, sigue siendo excesivamente institucionalizada, al punto que está más orientada a las necesidades de las instituciones de salud que las de la comunidad. Por otra parte, los mecanismos existentes producen una separación entre la participación como usuario y como ciudadano que no resulta conveniente. Si bien existe un potencial acumulado en algunas asociaciones de usuarios y comités de participación comunitaria, su articulación es escasa, su representatividad es baja y la influencia en las decisiones públicas locales y distritales es aún precaria.

Con este panorama, el balance de la salud en Bogotá no puede considerarse positivo. Las inequidades crecientes y la insuficiencia de la respuesta social e institucional del Sistema exigen una reorientación de fondo. Aún en el marco estrecho del actual SGSSS, la administración distrital ha decidido dar pasos en firme, orientada por la concepción de la salud como bien público, derecho humano esencial, deber del Estado y responsabilidad social.

Una política pública de salud para avanzar en la garantía del derecho

Los fundamentos

Los tres mensajes centrales del Alcalde Lucho Garzón dan buena cuenta de su visión de ciudad. "Bogotá moderna y humana" apunta al reconocimiento de la modernización al tiempo que afirma la prioridad de las personas. "Bogotá sin hambre" plantea una concepción de la pobreza que reconoce las precariedades simultáneas de los pobres y su estrecha relación con el ingreso y el empleo de las familias. Y "Bogotá sin indiferencia", mensaje que dio finalmente título al Plan Distrital de Desarrollo aprobado por el Concejo de Bogotá D.C., expresa la necesidad de la confluencia entre el Estado Social de Derecho y la sociedad para la superación de la pobreza y la exclusión. Se trata de un llamado a la acción colectiva, sobre la base de la solidaridad, que no es otra cosa que ponerse en el lugar del otro o de la otra, desde la consideración de la igualdad de la dignidad humana. De hecho, el Plan Distrital de Desarrollo (PDD) de Bogotá D.C. es una con-

vocatoria a superar las desigualdades injustas y evitables por medio de la "construcción de las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos integrales, establecidos en el pacto constitucional y en los convenios e instrumentos internacionales"[9].

En este marco de referencia, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. se propuso el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud de los y las habitantes de Bogotá, según el proyecto definido en la Constitución Política de Colombia de 1991 y en los pactos internacionales firmados por el Estado colombiano, obligantes para la gestión pública en todo el territorio nacional, por medio de la universalización del acceso a la atención integral en salud de manera progresiva. El enfoque de derechos humanos fue concebido como una opción válida para la superación de las inequidades, tanto en los resultados como en el acceso a los servicios de salud, así como para la asunción de las obligaciones del Estado en todas sus dimensiones, lo cual requiere de la combinación consciente y sistemática del esfuerzo colectivo para redistribuir los recursos disponibles en la sociedad y, al mismo tiempo, el reconocimiento de las diferencias entre las personas. Esta combinación entre redistribución y reconocimiento se basa en la articulación de cuatro principios que sustentan la actual política de salud. La equidad, entendida con la máxima "de cada cual según su capacidad y a cada cual según su necesidad", se constituye en el principio orientador de las prioridades de intervención. La solidaridad, basada en la igualdad de la condición humana, permite ponernos en el lugar del otro y de la otra, sin importarnos cuál es nuestro propio lugar. La autonomía, sustento del ejercicio de la libertad y la autodeterminación de las personas, permite el reconocimiento en cada uno del sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles. Y el reconocimiento de las diferencias que permite comprender y ajustar las decisiones públicas a la diversidad cultural, étnica, política, de género o de ciclo vital.

Los planteamientos básicos:
un modo promocional de calidad
de vida y salud y la APS

Para avanzar en la garantía del derecho a la salud, desde la perspectiva mencionada, se hace necesario reordenar el modo de trabajo en el sector salud del Distrito Capital. La SDS viene adoptando el modo de atención "promocional de la calidad de vida y la salud"[10]. Esto ha implicado un reordenamiento de todos los procesos, tanto sectoriales como transectoriales, tanto institucionales como sociales o comunitarios, tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, tanto individuales como colectivos, hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida.

El énfasis en la atención de la enfermedad, entendida como un servicio de consumo individual cuyo riesgo económico se protege por la vía del aseguramiento en el marco del actual SGSSS, ha producido una confusión entre el derecho a la salud y los derechos contractuales establecidos entre agentes que se encuentran en el mercado de seguros y servicios curativos. Sobre estas bases, ha proliferado de manera progresiva la visión y la materialización de la atención

9. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Plan de desarrollo Bogotá 2004-2008. Proyecto de acuerdo. Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. Bogotá, abril 30 de 2004. Art. 1º.
10. Expresión acuñada por el doctor Armando De Negri Filho, médico salubrista brasileño ex coordinador de planeación en salud de la Secretaría de Salud de Porto Alegre, asesor de la SDS para la formulación de la política distrital de salud.

en salud como el proceso de compra y venta de una mercancía. Si se asume el derecho a la salud en la dimensión que la SDS se ha propuesto, es necesario cambiar la orientación o el modo de organización de los servicios de salud y asumir los modelos de prestación de servicios que más se adecuen a él.

Esta opción ha implicado para el D.C. pasar de un modo de atención basado en la enfermedad, en el que predomina la gestión de los servicios curativos, se filtran las demandas y se identifican las necesidades de la población de manera fragmentada, hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales por medio de un modo de promoción de la calidad de vida y la salud, según las necesidades por territorios y zonas de calidad de vida y salud (ZCCCVS). Este reto requirió comprender las esferas de la calidad de vida, en las que se expresan las necesidades sociales derivadas de los derechos humanos interdependientes; es decir, en la esfera individual, cuyo valor ordenador es la autonomía, desplegada desde la capacidad de valerse por sí mismo o autonomía funcional, hasta la posibilidad de lograr la suficiencia económica o de ejercer una opción política emancipatoria; colectiva, cuyo valor central es la equidad, base de la redistribución; institucional, cuyos valores son la transectorialidad, la integralidad y la democracia para buscar la mayor eficacia social posible; subjetiva, en la cual se juega la construcción de los imaginarios sociales y en la esfera ambiental en la cual se construye la sostenibilidad.

El reto de responder a las necesidades sociales ha requerido de la identificación minuciosa en territorios específicos, diferenciándolas de las demandas de atención y comprendiendo sus particularidades según la clase social, el género, la etnia o el ciclo vital. También ha demandado una valoración de los déficits acumulados en la respuesta institucional y social, y el registro de las inequidades o desigualdades injustas y evitables para ordenar el diseño estratégico de las nuevas respuestas.

Objetivos de la política de Salud

Con el fin de asumir el reto del enfoque de derechos humanos, con una perspectiva amplia de salud para promover la calidad de vida de las personas, y resolver con ello los problemas de salud en Bogotá anteriormente enunciados, la SDS se comprometió a alcanzar los siguientes objetivos:

- Afectar de manera significativa los determinantes del proceso salud enfermedad a través de la transectorialidad y la articulación de salud a la gestión social del territorio.

- Fortalecer el ejercicio de ciudadanía en salud.

- Ejercer la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital, para:

  Orientar la atención a la salud hacia un sistema de atención integral que promueva la calidad de vida y la autonomía de las personas.

  Garantizar el acceso a los servicios de urgencias y a la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque familiar y comunitario.

  Consolidar la red hospitalaria pública y las redes de servicios de todo el sistema, según las necesidades de atención de la población.

  Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita hacer el seguimiento a metas de salud, equidad y calidad de vida, como orientador de la política.

Para el cumplimiento de estos objetivos se vienen adelantando serias transformaciones en la manera de pensar y ordenar los procesos de gestión y de atención en salud, tanto en el interior de la Secretaría

como en las relaciones con otros sectores del Estado, en el marco de los tres ejes estructurales y el objetivo de gestión pública eficiente y humana del PDD. Al mismo tiempo, ha requerido del reordenamientos de las relaciones entre la SDS con todos los agentes del sistema de salud y con las comunidades. Para lograr esta transformación, el sector salud viene integrando sus acciones al plan de desarrollo a través del programa central denominado "Salud para la vida digna" y doce proyectos de inversión sectoriales.

La APS con enfoque familiar y comunitario para Bogotá D.C.

La Secretaría reconoce las características esenciales a la APS como claves para la transformación del modo de atención de las necesidades en salud. Entre ellas se encuentran: la accesibilidad, en tanto la APS es la puerta de entrada, de fácil, cercano e inmediato acceso, reconocida por la población como su punto de referencia permanente; la longitudinalidad, que supone una relación de largo plazo entre la población y el personal de salud a cargo, se sustenta en la adscripción de familias a un equipo de salud y produce una estrecha relación entre los profesionales de salud y las personas que son atendidas por ellos; la integralidad, que organiza el conjunto de acciones requerido para abordar las necesidades que presenta la población; y la continuidad, según la cual el equipo de salud y la organización de APS se convierten en el eje de respuesta, ya sea de forma directa o remitiendo según los requerimientos a otros puntos de atención, garantizando el seguimiento y el monitoreo de los procesos de atención. Estas características de la APS se sustentan a su vez en los principios de eficacia, efectividad y equidad, para asegurar transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones y la superación de las desigualdades existentes, con el uso óptimo de los recursos disponibles.

El punto de partida consistió en ubicar territorios específicos para organizar la respuesta a partir de las necesidades sociales. Existe un ejercicio reciente de actualización de los veinte diagnósticos locales de salud con participación social y de los hospitales de primer nivel de la red pública, el cual sirvió como punto de referencia para la identificación de ZCCCVS para cada localidad. Estas zonas muestran déficits de respuesta social e inequidades que permiten orientar las prioridades de intervención, sectorial y transectorial.

Desde una estrategia promocional de la calidad de vida y la salud, se están definiendo agendas de gobierno transectoriales en las localidades, con base en la participación social organizada para la gestión social de territorios con procesos de articulación entre las redes de servicios de salud, las redes sectoriales y sociales, orientadas hacia la superación de inequidades. Un segundo ordenador de las acciones está dado por la definición de metas de indiferencia cero sobre las necesidades sociales para las cuales existen los medios técnico-científicos, económicos, sociales y políticos, con el fin de sostener una agenda social y de gobierno. Para tal efecto se han capacitado y conformando equipos de salud familiar y comunitaria con el apoyo de la Universidad de Toronto (Canadá). Estos equipos están conformados por un médico, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería y dos o tres promotores de salud, con algunas variaciones dependiendo de los recursos disponibles y de las particularidades territoriales. Cada equipo tiene a su cargo 800 familias, con un promedio de 3500 personas, según la composición familiar en Bogotá. Las familias fueron adscritas a los equipos y éstos están en conexión permanente con una red o complejo de APS que incluye la vinculación a las Unidades Primarias de Atención (UPAs), Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAs) y Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIs), para el caso de la red hospitalaria pública adscrita, como se muestra en la figura 1. A la vez, se viene impulsando

el desarrollo de complejos similares entre las IPS privadas para ampliar progresivamente la cobertura. La primera actividad de los equipos conformados ha sido la caracterización de los individuos, de las familias y de los territorios. Progresivamente, los equipos vienen elaborando y desarrollando planes de atención familiar y comunitaria en los cuales se integran las funciones señaladas anteriormente. Este esquema permite, sin lugar a dudas, superar muchas barreras de acceso a los servicios de salud del actual sistema. De allí la denominación "Salud a su hogar" del programa central del modelo (ver figura 1).

La salud familiar se enmarcó en la perspectiva de la APS, de manera que los equipos no estuvieran aislados. Por el contrario, su trabajo viene permitiendo la organización de la atención según redes de servicios y redes de apoyo, articuladas a redes sectoriales y sociales, bajo el paraguas de la estrategia de promoción de calidad de vida y salud. Entre las primeras están, en primer lugar, la red de APS, pero también la de atención especializada, la de urgencias y la de hospitalización. Entre las de apoyo se encuentran la de servicios farmacéuticos, la de vigilancia en salud, la de rehabilitación y la de ayudas diagnósticas, como se puede apreciar en la figura 2. Las redes se activarán conforme a las líneas de atención definidas en los ejes verticales según las necesidades sociales específicas por territorios de calidad de vida y salud o, por grandes categorías de problemas colectivos, a fin de hacerlas visibles (las necesidades sociales) en su carácter de retos a superar; así mismo, en los ejes horizontales se representa la construcción de proyectos estratégicos de calidad de vida y salud considerando el conjunto interrelacionado de necesidades sociales dentro de cada etapa del ciclo vital (infancia, adolescencia, juventud, adulto y adulto mayor); mientras que los ejes verticales co-

FIGURA 1 COMPLEJO DE APS

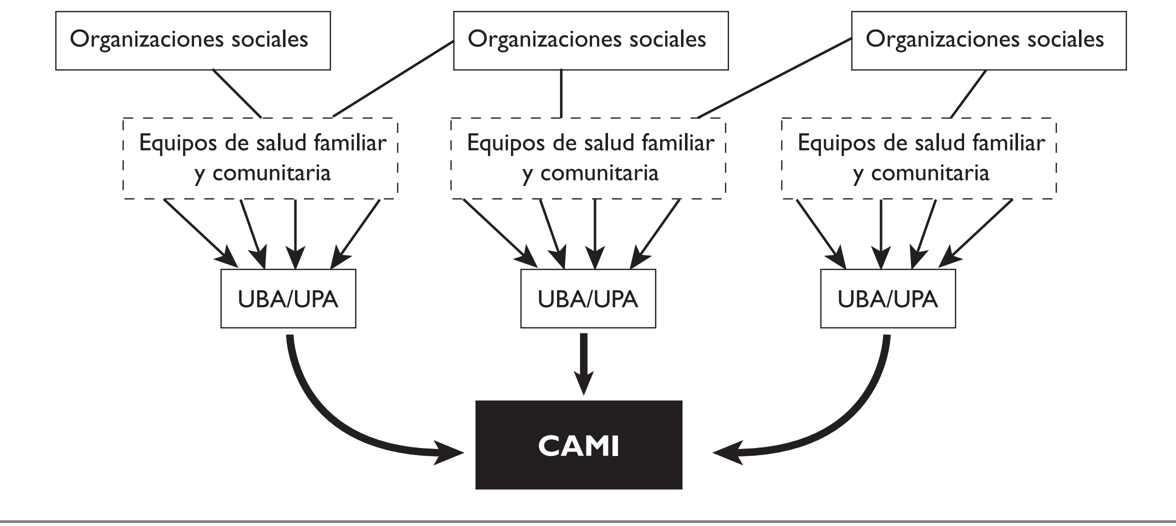
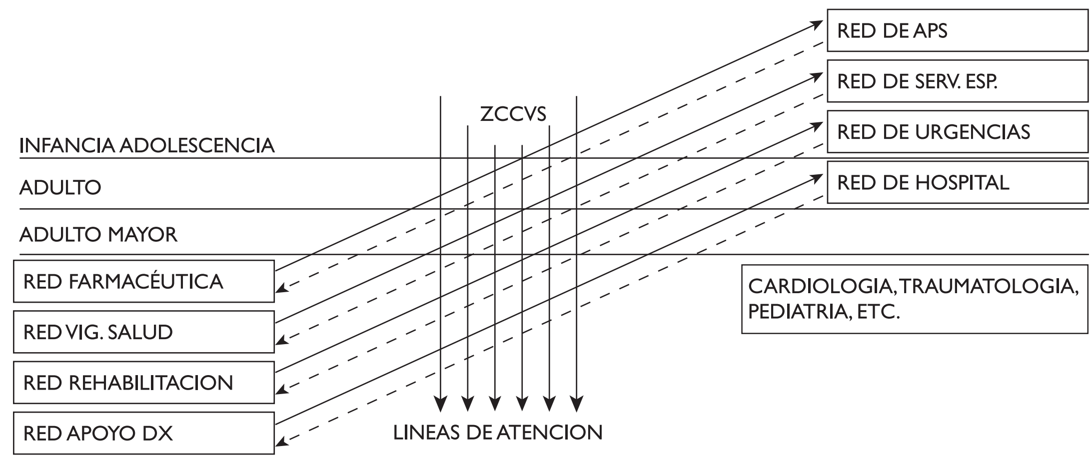


FIGURA 2 REDES Y LÍNEAS DE ATENCIÓN



rresponden a proyectos para el desarrollo de autonomía, a través de los cuales se combatirán las causas y determinantes del estado de salud de la población en todo el ciclo vital (ver figura 2).

La construcción de este complejo andamiaje de redes, líneas y proyectos se concibió como un proceso lento que se viene adaptado a las condiciones y necesidades de las poblaciones en territorios específicos. Desde el punto de vista operativo, en el marco del SGSSS, la integración de los servicios preventivos y curativos se viene logrando por medio de la articulación de los planes de beneficios según las fuentes de financiación (Plan de Atención Básica –PAB-, POSc, POSs, actividades no POS, actividades de promoción y prevención de los regímenes de aseguramiento). Los recursos del PAB y, en algunas ocasiones, de las localidades y de los de riesgos profesionales, han permitido la realización de proyectos relacionados con la construcción de espacios sociales y ámbitos saludables como el hogar, la escuela, el trabajo y el espacio público. Para el fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía se han iniciado los trabajos de campo en los espacios de la cotidianidad de las familias caracterizadas en aras de lograr una participación menos institucionalizada.

Los avances en APS

A diciembre de 2004 estaban conformados 54 equipos de salud familiar y comunitaria operando en zonas correspondientes a estratos 1 y 2, esto es los más pobres. El pasado 7 de marzo se completó la formación en salud familiar y comunitaria de 341 funcionarios de las ESE, del nivel profesional, técnico y auxiliar. Hoy funcionan 62 equipos que vienen cubriendo 41.072 familias en dieciséis localidades, de acuerdo con las cifras incorporadas en la base de datos a 11 de marzo de 2005: Bosa, Candelaria, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón, Kennedy, Mártires, Rafael Uribe, San

Cristóbal, Santa Fe, Suba, Tunjuelito, Usaquén, San Juan de Sumapaz, Chapinero y Usme.

La estrategia, tal y como ha sido concebida y como se viene implementando en la ciudad, se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud con la cual, además de identificarse y canalizarse las demandas por necesidades no satisfechas de calidad de vida y salud de responsabilidad directa del sector salud, también se identifican aquellas que son de competencia y responsabilidad de otros sectores. La canalización de las demandas hacia otros sectores se realiza de acuerdo con las competencias encomendadas por la Ley, en completa armonía con las actividades que desarrollan en el día a día.

La caracterización de los individuos, de las familias y de los microterritorios de APS se ha llevado a cabo mediante el diligenciamiento de la respectiva ficha de caracterización, tarea ésta que ha sido delegada en los promotores de salud y en las auxiliares de enfermería integrantes del equipo básico de salud familiar y comunitaria. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. ha impartido directrices claras a los hospitales de la red adscrita, en cuanto al cumplimiento de los requisitos mínimos que deben cumplir los integrantes de los equipos de salud. Estos deberán estar conformados por funcionarios de planta, con cierta antigüedad en la institución y un buen nivel de conocimiento de las potencialidades y problemáticas de las zonas en las cuales realizan el trabajo de campo. Para el caso de los promotores de salud, además de los anteriores, deberán ser preferiblemente habitantes del microterritorio o de la zona en la cual llevan a cabo las labores de salud familiar y comunitaria, con experiencia en trabajo comunitario.

Los equipos de salud familiar y comunitaria conformados a la fecha conocen los diagnósticos locales de salud, los cuales fueron actualizados bajo la coordinación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., con participación de la comunidad durante los años 2003 y 2004, para todas y cada una de las veinte localidades en las cuales se divide administrativamente el Distrito Capital. Justamente, uno de los criterios para seleccionar los territorios donde se viene implementando la estrategia de APS fue el de pertenecer a la zonas más vulnerables identificadas los mismo diagnósticos locales, que para el caso se corresponden con la zonas de Condiciones de Calidad de Vida y Salud (ZCCVS) tipo 1 y 2, y coinciden con los estratos de la ciudad.

Los problemas más sentidos se han evidenciado en niños des escolarizados; niños y adultos mayores con desnutrición aguda; familias que requieren de la reubicación de sus viviendas, en la medida en que se encuentran ubicadas en zonas de alto riesgo y familias que requieren de la legalización y de servicios públicos en sus viviendas. Todos estos grupos poblacionales identificados se han ido canalizando hacia los organismos competentes: los niños des escolarizados fueron canalizados hacia la Secretaría de Educación del Distrito Capital; los niños y adultos mayores desnutridos se vincularon al programa Bogotá Sin Hambre; las familias ubicadas en zonas del alto riesgo ó en zonas no legalizadas fueron canalizadas al Departamento Administrativo de Prevención y Atención de Emergencias (DEPAE) y al DAPD, de manera respectiva.

También se han identificado problemas ambientales en zonas de lotes baldíos dados por el vertimiento de residuos en aguas, la presencia de roedores y de artrópodos y zonas aquejadas por contaminación ambiental por vertimiento de partículas contaminantes al aire. En este sentido, desde el Plan de Atención Básica (PAB) se han llevado a cabo intervenciones para el control de vectores en viviendas aledañas a lotes baldíos, junto con la educación a la comunidad para el control de los mismos; también se han hecho gestiones ante el Departamento Administrativo del Medio Ambiente (DAMA) para informar de las situaciones encontradas sobre contaminación ambiental.

Así mismo, se han encontrado cómo problemas más sentidos de la comunidad de responsabilidad directa del sector salud, esquemas incompletos de vacunación, ante lo cual se han completado las vacunas; problemas de crecimiento y de desarrollo de los niños, quienes han sido vinculados a los programas de crecimiento y desarrollo; gestantes sin control prenatal, a quienes se les iniciaron los controles y mujeres en dad fértil a quienes se inició el programa de prevención de cáncer de cuello uterino. A la vez, para aquellas personas afiliadas a los regímenes de la Seguridad Social en Salud, se les han enseñado sus derechos y deberes, junto con acciones de educación e información indicándoles los mecanismos para acceder a los servicios. De igual forma se ha identificado población potencialmente beneficiaria de las encuestas del Sistema de Identificación de beneficiarios (SISBEN), quienes se han canalizado hacia el DAPD.

Han venido colaborando con el desarrollo de la estrategia de APS: el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), la entidades participantes del Programa Bogotá Sin Hambre, la Secretaría de Educación del Distrito Capital (SED), los Centros Locales Operativos de Planeación Local (CLOPS), algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONG), el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD), algunas Alcaldías Locales y los Fondos de Desarrollo Local (FDL), entre otros.

La perspectiva de salud pública y la APS

La implantación de la estrategia de APS se viene realizando en las ZCCVS 1 y 2 en dónde predominan las condiciones más críticas de calidad de vida y salud en la ciudad. En estas zonas se concentran las más altas tasas de desnutrición crónica y aguda en población infantil (20,57% en San Cristóbal y 13,87% en Usme, de manera respectiva), los mayores porcentajes de bajo peso al nacer de la ciudad (5.74% en Ciudad Bolívar) y las más elevadas tasas de mortalidad materna (Tunjuelito 129.07, Santa Fe 112,87 y Usme 112,41). De igual forma, persiste el más elevado índice de homicidios (Santa Fe, 97,69) y de suicidios (Mártires, 9.29) muy lejos del promedio de la ciudad, 25.3 y 3.8 por 100.000 habitantes. Subsisten las tradicionales enfermedades infecciosas y parasitarias, el 52% de los casos de VIH notificados en Bogotá y el 44% de las muertes por SIDA. Allí están las localidades que han reportado mayores tasas de nacimientos en adolescentes entre 10 y 19 años (Santa Fe, con 57,7 por 10.000, Usme, con 51,22, Candelaria con 51,22, San Cristóbal, con 48,83 y Rafael Uribe, con 47,48) y las mujeres que habitan y trabajan en la zona de comercio sexual de las zonas de acceso precario a condiciones de vida digna tipo II. El madresolterismo, el maltrato infantil y la deserción escolar son situaciones que están estrechamente relacionadas con el trabajo sexual. El 64% de la población de estratos I y II se encuentra ubicado en estas zonas.

Con base en el diagnóstico específico para estas Zonas, desde el sector salud se identificaron situaciones intolerables para la ciudad que ameritaron la formulación de "metas de visión cero", como referentes para la convocatoria del esfuerzo mancomunado de las instituciones del Estado y de la sociedad en su conjunto hacia su logro. Se plantearon para el ciclo vital de infancia y adolescencia ante el bajo peso al nacer, las coberturas incompletas de atención prenatal, parto y puerperio, la mortalidad materna y perinatal, el embarazo en adolescentes, la transmisión vertical de VIH y Sífilis, la mortalidad infantil y la evitable por neumonía y por enfermedad diarreica aguda en niños y niñas memores de cinco años, la desnutrición aguda en menores de 7 años, niños con pediculosis, escabiosis y parasitosis intestinal, morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles, trabajo infantil, lesiones por

accidentes en el hogar, peri domicilio, escuela y espacio público, abuso sexual sin atención, caries dental y enfermedades periodontales, abandono y maltrato infantil, adicciones en niños y adolescentes, homicidios en menores de 14 años, discapacidad infantil sin asistencia.

Para la población de jóvenes se lanzó la propuesta de metas de indiferencia cero en homicidios y suicidios, adicciones, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH, embarazo no deseado, discapacidad sin asistencia y prostitución sin alternativas de cambio. Para el grupo de adultos de 25 a 59 años se plantearon metas de indiferencia cero en cáncer cérvico uterino y de mama tardíamente detectado, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH, cáncer de próstata, discapacidad sin asistencia, desatención y no prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, mortalidad materna, accidentes de tránsito y adicciones. Para el adulto mayor entre 60 y más años las metas de indiferencia cero se corresponden ante: enfermedades crónicas y degenerativas sin atención o con atención incompleta, abandono, edentulismo sin atención, abandono, accidentes en el hogar, discapacidad y alteraciones mentales sin asistencia.

Complementario a lo anterior se formularon nueve lineamientos de políticas en: niñez y adolescencia, salud mental, VIH SIDA, salud sexual y reproductiva, mortalidad materna, salud oral, ambiente, crónicas y escuela promotora de calidad de vida, todas orientadas por la convocatoria pública y por el enfoque promocional de calidad de vida y salud para la superación de la problemática prioritaria.

Así, el primer componente del reordenamiento de la acción lo constituyó el modo de gestión y de atención de las necesidades identificadas y de las intervenciones sectoriales y transectoriales por ciclo vital, junto con la perspectiva de una atención integral. Esta atención integral viene incluyendo desde el sector salud el desarrollo de acciones educativas, protectoras, de recuperación de la salud y de rehabilitación. Las intervenciones individuales y colectivas se vienen desplegando en diferentes ámbitos, tales como el hogar, las instituciones de salud, la comunidad no institucionalizada, la escuela, el trabajo, el espacio público. De esta forma, se vienen identificando responsabilidades de atención en la red de APS, pero también se hacen visibles las exigencias de atención en las demás redes de servicios y de apoyo, según las líneas de atención y jerarquías tecnológicas requeridas y los diferentes agentes del SGSSS. Al mismo tiempo, la definición de ámbitos de intervención ha permitido identificar interacciones con redes institucionales de los demás sectores que realizan políticas públicas y de las redes sociales y de la comunidad en territorios específicos para así avanzar en el ejercicio de rectoría territorial en la ciudad. También se vienen incluyendo intervenciones para todos los ciclos, pues los aspectos relacionados con la gestión de la salud pública en los territorios, en el marco de la APS, tiene actividades dirigidas al desarrollo de la transectorialidad.

De esta forma en Bogotá D.C. se ha avanzado la territorialización de problemas de calidad de vida y salud y en sus soluciones, mediante un ejercicio de planeación y de gestión local con participación de la comunidad en el cual se convocaron a los diferentes actores locales y como producto de ello fueron actualizados veinte diagnósticos locales de salud, que sirven de base, para la identificación de las ZCCVS y vienen sirviendo para la formulación de igual número de proyectos integrales de salud con los cuales se espera afianzar aun más la articulación de recursos y de inversiones frente a las problemáticas identificadas. Esta perspectiva de salud pública en los territorios viene constituyendo y ampliando un diálogo fluido con la estrategia de APS y la participación social, por medio de la propuesta de gestión social del territorio impulsada por la Secretaría, la cual, a su vez, está siendo incorpo-

rada por las demás entidades que hacen parte del Eje Social del Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Sin Indiferencia".

Así, el Distrito Capital avanza hacia el cumplimiento de los tres objetivos de política pública planteados al inicio del actual Plan de Desarrollo Distrital, a través de la articulación de salud a la gestión social del territorio y de la convocatoria y trabajo transectorial dado por la búsqueda de respuestas articuladas de acuerdo con las problemáticas específicas identificadas en los diagnósticos locales de salud y ratificadas en la caracterización de los microterritorios de APS en las ZSCCVS, insumos estos que son considerados como fundamentales para la afectación de los determinantes del proceso salud enfermedad. Al a vez, se viene superando la perspectiva institucionalizada de la participación social, mediante el fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía en salud dado por una mayor vinculación y empoderamiento de la comunidad para la exigibilidad del derecho, así como por una mayor participación en los temas de salud y en los procesos de gestión. También se ha fortalecido el ejercicio de rectoría del SGSSS en salud en el Distrito Capital con la articulación entre prestadores, aseguradores y demás actores del ente territorial frente a necesidades de calidad de vida y salud en los territorios.

REFERENCIAS

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2004). Bogotá sin hambre. Un compromiso social contra la pobreza. Bogotá D.C., enero de.
- DANE, COLOMBIA (2003). Encuesta Nacional de Hogares, informe por departamentos.
- DANE, COLOMBIA (2004). Encuesta Nacional de Hogares, informe por departamentos.
- DANE, COLOMBIA (consolidado 2000 a 2004). Encuesta Nacional de Hogares, informes trimestrales trece áreas. Cidfas promedio del último trimestre de 2004.
- EL TIEMPO (2003). Sábado 8 de marzo: 1-18.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (2005). Red de Solidaridad Social. Registro Único de Población desplazada por la Violencia. Acumulado hogares y personas hasta el 28 de Febrero.



Acci n Desde
los Pueblos

25 Salud: Un Derecho Humano

Frente Nacional por la Salud de los Pueblos del Ecuador

La salud es un asunto social, económico, político y sobre todo es un derecho adquirido por la sociedad; sin embargo, la implementación del esquema neoliberal y sus políticas basadas en los principios deshumanizados del Fondo Monetario Internacional, han propiciado la crisis de la sociedad ecuatoriana, en particular del sector de la salud y de la educación, con sus políticas mercantilistas, restrictivas y privatizadoras, generando a la par la precariedad laboral con el congelamiento de salarios, la tercerización y el despido de trabajadores, todo lo cual ha traído como consecuencia grandes inequidades e irrespeto a los derechos humanos, la crisis de valores, el auge de la violencia, el narcotráfico, el libre comercio de las armas que matan la protesta popular. Es decir este esquema dolarizado y neoliberal, ha creado un país donde la eficiencia y el desarrollo humano se mide en función del éxito económico, en el cual el dinero se ha apoderado de la conciencia y dignidad humana, donde los indicadores macroeconómicos van a la par con el crecimiento de los índices de enfermedad y muerte de niños, niñas y ancianos.

Dentro de este contexto el FRENTE NACIONAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS DEL ECUADOR conformado por líderes comunitarios y barriales, amas de casa, trabajadores del sector salud, profesores, estudiantes y profesionales en general, pretende, en base a propuestas coherentes con la realidad nacional, restablecer y reafirmar el derecho universal a la salud, en donde toda la población tenga acceso a los servicios de salud para la solución de sus necesidades, con equidad, eficacia y eficiencia, además pretendemos compartir experiencias entre los movimientos sociales con una visión de cambio y cuya misión sea la de contribuir a la transformación social, es decir en este Frente propendemos a que la comunidad deje de ser objeto y pase a ser sujeto y actor social con ca-

pacidad de deliberación en la formulación de políticas y la toma de decisiones frente a sus problemas de salud.

¿QUÉ QUEREMOS EN ESTE FRENTE?

- Queremos escuchar a los que no son escuchados, pero que sin embargo tienen vivencias, experiencias, sueños e historias que contar, conocimientos y sabidurías que compartir y enseñar, tienen posibles planes y soluciones que implementar. Por eso pensamos que todos estos actores sociales: shamanes, curanderos, hueseros, comadronas, líderes comunitarios, organizaciones barriales y comunitarias, trabajadores de la salud, estudiantes y profesionales en las diferentes ramas, tenemos que reunirnos y formar frente común.

- Queremos reforzar la defensa de la salud como prioridad y derecho universal de los seres humanos, a través de la coordinación interinstitucional y la participación comunitaria.

- Queremos mejorar la comunicación entre las organizaciones comprometidas en este ideal para socializar ideas, escuchar sugerencias, compartir herramientas de trabajo, como apoyo para el cambio social en la esfera de la salud.

- Queremos la formación de nuevos frentes en provincias cantones, parroquias, en comunidades lejanas y de difícil acceso, para multiplicar de esta manera nuestros principios y propuestas.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

- Los cambios económicos en el mundo del capitalismo han afectado profundamente la salud de nuestros pueblos y su acceso a la atención sanitaria, educación, empleo, vivienda, agua potable y bienestar social. Las brechas entre ricos y pobres, hombres y mujeres, niños, jóvenes y ancianos, se amplían cada vez más ofreciendo un panorama de marginalidad que nos indigna y subleva.

- El contraste entre la inmensa riqueza generada por los pueblos y proveniente de la naturaleza, frente a los millones de personas que padecen hambre, analfabetismo, violencia e insalubridad, nos convoca a la unidad, a globalizar la solidaridad y la lucha por la justicia, para juntos trabajar enfrentando los males del presente siglo.

- En una época de la historia tan violenta y agresiva en términos de acumulación económica, de indiferencia y aún de desprecio por lo humano, la imposición de tarifas por los servicios de salud pública viene a completar la tragedia de los pobres, que en el país constituyen el 85% de la población.

- En medio de la pobreza generalizada, el deterioro de los indicadores sociales y económicos, el repunte e incremento acelerado de las enfermedades de la miseria como la desnutrición infantil, la tuberculosis, la malaria, diarrea, dengue, el bajo peso al nacer, se decreta el cobro de tarifas par los servicios de salud pública, por lo que cabe una pregunta ¿SALUD PÚBLICA AL SERVICIO DE LOS POBRES O POBRES AL SERVICIO DE LA SALUD PÚBLICA?.

- Por otro lado los procesos de globalización imperialista, han trastornado los estilos de vida de la gente en cuanto a su alimentación, recreación, relaciones interpersonales, etc., fortaleciendo el individualismo, el consumismo, la violencia y la inseguridad tanto en los hogares como en la calle, lo que nos ubica como un país con altos niveles de enfermedad, violencia y muerte por causas que pueden ser prevenibles si el Estado y la sociedad en general ubicaran a la salud como un derecho humano que debe prevalecer y

ser prioritario, implementando políticas, planes y programas debida y suficientemente financiados por el Estado.

- Esta situación igualmente ha generado la presencia de patologías denominadas del desarrollo, como la diabetes, las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes de tránsito y traumas por violencia, trastornos mentales (estrés y depresión), etc., configurando un perfil epidemiológico mixto, que requerirá aún más de acciones integrales para su erradicación.

- La violencia ejercida contra la naturaleza por transnacionales, empresas madereras, camaroneras, de la palma africana, el excesivo parque automotor, etc., han deteriorado amplias extensiones territoriales, minando el gran potencial ecológico que poseemos.

- La OMC como instrumento del imperialismo y en particular al servicio de los intereses de las grandes transnacionales norteamericanas, dictaminan políticas para implementar el Área de Libre Comercio de las Américas -ALCA- siendo parte de los acuerdos incorporar las prestaciones de salud como mercancías a ser ofertadas y demandadas en condiciones de total inequidad. Parte de la estrategia constituyen las denominadas reformas en el sector salud, implementadas con préstamos del Banco Mundial (incrementado el monto de la deuda externa), las cuales no han servido para satisfacer las necesidades y aspiraciones nuestras, más bien ha contribuido al deterioro de la salud y a convertir a las instituciones en empresas dirigidas por gerentes, por lo tanto extraen plusvalía de los/las trabajadores/as y de las enfermedades de las personas.

- La descentralización en el área de la salud se ha convertido en una transferencia de competencias a los organismos locales sin los recursos necesarios, violentando la participación social y los principios de solidaridad y equidad, con lo que el Estado pretende desentenderse de su responsabilidad establecida en el Art. 42 de la Constitución Política: "El Estado garantiza el derecho a la salud su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria y la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y, comunitario y la posibilidad de acceso permanente a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"; lo que hasta hoy han realizado los gobiernos de turno, es implementar medidas superficiales de bajo costo, que buscan un efecto cosmético sobre las lacras de salud de la población marginada, y hacer demagogia con el dolor humano.

- Luego de una década de aplicación de la "Reforma en el Sector Salud", podemos afirmar que la crisis sanitaria en el país se ha agudizado, la corrupción en el manejo de los fondos a través de MODERSA, involucra en actos de esta índole aún a los propios ministros, los hospitales públicos no disponen de lo mínimo necesario para la atención y otros se mantienen con los dineros que pagan los usuarios, quienes se endeudan o venden sus pequeñas pertenencias. Los profesionales, trabajadores y empleados del Ministerio de Salud Pública constantemente paralizan las actividades pues sus salarios no son cancelados a tiempo.

HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN Y PRÁCTICA DE LA SALUD

- En la lucha por la salud y la vida, es necesario cambiar el paradigma individualista biológico con el que se abordan los problemas de salud, que supone lograr la salud acudiendo a los hospitales o que para recuperarla son imprescindibles los medicamentos. Para

nosotros la SALUD ES UN DERECHO HUMANO, por lo tanto debe prevalecer sobre los asuntos económicos, ella es el resultado del nivel de vida de las personas en estrecha relación con la naturaleza, sus formas de trabajo y consumo. De ahí entonces, que las acciones que vayamos a emprender serán integrales, tanto en el plano socio-económico como cultural y político, involucrando a diversos actores.

- Fortalecer la Promoción de la Salud que significa basarse en nuevos conceptos, estrategias y métodos, aprovechando las mejores potencialidades existentes en nuestros pueblos para fortalecer y desarrollar un movimiento social que busque un mejor nivel de salud y vida de los diversos grupos de la población en sus territorios.

- Por ello actuar unificadamente, reuniendo a diversos sectores para lograr múltiples acciones, le da a la Promoción de la Salud el carácter de política, por cuanto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y grupos, para cambiar las condiciones negativas hacia su desarrollo humano y digno.

- La Carta de Ottawa firmada en 1986 por 38 países en la Conferencia Internacional de Canadá, señala que "la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", ello significa que los pueblos son los únicos que pueden llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello; por lo tanto las relaciones salud, política y poder deben estar presentes en nuestro movimiento, tanto para demandar al Estado, cuando para ejercer nuestro derecho y responsabilidades en el auto cuidado de la salud y la vida.

- No se trata de únicamente de conseguir aumento del presupuesto para el sector salud, se debe concretar una Salud Pública basada en los determinantes de la salud, en donde se encontrarán espacios sociales legítimos para asumir el desafío del cambio, desde "… una agenda centrada en el consumo de los servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con democracia y participación", esto significa que debemos actuar para impulsar transformaciones estructurales que modifiquen los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos que influyan en los determinantes de las condiciones de vida y salud al igual que en el ámbito individual, de tal manera que lo colectivo y particular interactúen para que los cambios se produzcan.

- En consecuencia nuestra propuesta por la salud y vida dignas de nuestros pueblos, se sustenta en los principios: solidaridad, equidad, justicia, dignidad, participación social y universalidad; en la distribución de la riqueza, en las políticas sociales, económicas, culturales y de salud, en la vigencia plena de los derechos humanos, en la preservación y respeto al ambiente naturaleza, ello significa que, debemos buscar alianzas, compromisos, acciones, proyectos, plataformas, con todos los pueblos y actores sociales, que se identifican con la lucha y el trabajo por un país saludable, en donde la gente disfrute de la vida.

Ante esta situación, quienes estamos inconformes con la situación que vivimos y en especial con la crisis del sistema sanitario en el país, Mujeres y Hombres de todas las edades y pueblos del Ecuador constituimos el Frente Nacional por la Salud de los Pueblos del Ecuador –FNSPE- con el propósito de unificar a todos los actores del sector salud y la sociedad en su conjunto sumando fuerzas en el objetivo de crear un mundo nuevo, un Ecuador libre, soberano y progresista; buscamos ser un referente democrático y participativo, con un criterio propositivo, que emplace a los gobiernos a que direccionen las políticas de salud, al margen de imposiciones neoliberales del Fondo Monetario Interna-

cional, del Banco Mundial y otras agencias internacionales movidas por los intereses del gran capital, de la ganancia y el lucro. Ello implica la formulación de políticas soberanas, independientes, de corte democrático, en donde el eje sea el ser humano, visto como sujeto activo y participante, no como objeto de programas maquilladores, que esconden su verdadera naturaleza.

PLATAFORMA DE LUCHA DEL FRENTE NACIONAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS DEL ECUADOR

- Garantizar el acceso universal a la Atención en Salud Integral, de buena calidad, de acuerdo a las necesidades de la población y no a su capacidad de pago.
- Desarrollar y sustentar la Promoción de la Salud, fortaleciendo la organización y participación comunitaria, el trabajo intersectorial, multi e interdisciplinarios de la salud y sus problemas.
- Luchar para que las políticas económicas estén sujetas a promover la salud, la equidad, el enfoque de género y protección del ambiente - naturaleza.
- mpulsar para la eliminación de los criterios de costo-efectividad como determinantes para la implementación de los programas en salud y abolición de los proyectos de recuperación de costos por ser generadores de inequidades y barreras en el acceso a los servicios.
- Frenar los procesos de privatización de los servicios públicos de salud y de la seguridad social, asegurando una regulación efectiva del sector médico privado, incluyendo servicios médicos caritativos y de ONGs.
- Promover y sustentar participativamente programas de salud dirigidos a las mujeres, a la erradicación de la violencia intrafamiliar y al cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- Establecer programas de promoción y prevención de la salud de los y las jóvenes, con el enfoque de la salud sexual y reproductiva.
- Proporcionar atención de salud a los/las adultos/as mayores y a los discapacitados/as.
- Adoptar medidas para asegurar salud y seguridad ocupacional que incluyan el monitoreo de condiciones de trabajo centrado en los/las trabajadores/as, priorizando hacia las personas con mayor riesgo (por ejemplo quienes laboran en floriculturas, maquiladoras y sector informal).
- Regular el uso de tecnologías, la producción y expendio de medicamentos, subordinados a las necesidades de la población. Desarrollar una industria nacional de producción de fármacos.
- Orientar que la investigación en salud, incluyendo la genética y el desarrollo de medicinas y tecnologías reproductivas, esté orientada hacia las personas y salud pública, respetando principios éticos universales.
- Defender la armonía con el medio ambiente y la protección de los ecosistemas y nuestra biodiversidad.
- Vincular al Sistema Nacional de Salud a la Medicina Tradicional y Medicinas Alternativas, respetando la biodiversidad y la pluriculturalidad de nuestros pueblos.
- Pagar la deuda social invirtiendo más y mejor en salud y educación, disminuyendo el gasto militar y el pago de la deuda externa.
- Garantizar la seguridad alimentaria y el acceso equitativo a los alimentos, ejecutando políticas agrícolas orientadas a satisfacer las necesidades de la población y no hacia las exigencias del mercado.

26 Propuestas Populares Autogestivas desde los Saberes y Haceres Locales

Julio Monsalvo

La globalización neoliberal procura homogenizar culturas

El dirigente campesino del Perú, Hugo Blanco, haciendo referencia al fenómeno de la globalización, afirmó en el Foro Social Mundial 2002, "quieren que todos tomemos coca cola y que todos nuestros niños se diviertan con pockemon".

Homogeneizar las culturas es el medio por el cual se intenta neutralizar tanto el sentir como el pensar desde los valores propios de cada cultura. El efecto buscado es que todas y todos tengamos las mismas pautas de consumo.

Grupos económicos han concentrado en pocas manos poderosos medios de comunicación social que imponen imágenes de "modelos de belleza, de éxito, de prestigio y de progreso" de acuerdo a las concepciones del consumismo neoliberal. [Ramonet, 2005]

1. "No hay que "enseñar" a gobernarse a los campesinos, ¡ellos ya saben gobernarse! Fujimori dictó leyes fortaleciendo a la propiedad individual. Los campesinos luchan por una reforma agraria. Luchan contra la contaminación de los ríos y de los suelos. Bloquean carreteras y marchan. La lucha indígena que se lleva a cabo en Perú es parte de la lucha que el pueblo indígena realiza en otras partes del continente. No es extraño que ante el intento de homogenización del neoliberalismo (quieren que todos tomemos coca-cola y que todos nuestros niños se diviertan con pockemon) sean las culturas más alejadas de esta homogeneización, las culturas indígenas, las que reaccionen contra este intento. Salimos de este Foro muy optimistas, que cada vez va a ir mejor nuestro trabajo por un mundo diferente. (Hugo Blanco en la Mesa de Testimonios, junto a Rigoberta Menchú, lunes 4/2/02 en el Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil)

Asimismo, la educación formal no es ajena a este proyecto. Basta con examinar contenidos y metodologías de enseñanza en la mayoría de las universidades para darnos cuenta que son funcionales a la formación de técnicos y profesionales con esta lógica.

Esto se ha hecho evidente, con particularidad agresividad, durante la década de los 90 con el llamado "fin de la historia" y el auge del neoliberalismo.

Sin embargo, en esa misma década y continuando en este siglo XXI, se engrandecen y fortalecen los movimientos de resistencia en el mundo todo: las propuestas que surgen desde el Levantamiento de Chiapas, México; las manifestaciones antiglobalización en Seattle, Niza, Praga, entre otras; la creación de coaliciones como ATTAC, Jubileo 2000; la I Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos en Bangladesh 2000; la Marcha Mundial de las Mujeres, la Guerra del Agua en Cochabamba, los Foros Sociales Mundiales y los numerosos Foros Sociales, locales, nacionales, regionales y continentales. [Monsalvo, 2002]

Se trata no sólo de resistencia a la homogeneización, sino también de una activa afirmación de la identidad cultural defendiendo sus valores. Estas culturas sustentan otros paradigmas sociales que nos enseñan otra manera de mirar y de situarnos en el mundo.

Con diferentes características, estos movimientos de resistencia también se gestan cotidianamente en ámbitos locales.

Resistencia de las comunidades locales

Habiéndonos dispuesto a una actitud de diálogo intercultural, comenzamos a identificar, procesos de autoorganización popular en el Cono Sur de nuestra "Abya Yala"[2], especialmente en comunidades campesinas criollas y de Pueblos Originarios.

Los mismos se proponen el cuidado de la salud integral mediante prácticas autogestivas, a partir, especialmente, de los conocimientos locales.

En la visión de estas comunidades, la salud integral se refiere a la salud del suelo, las plantas, animales y personas, como un todo interrelacionado.

Estos procesos de resistencias activas se hacen visibles y se comparten en diferentes y múltiples encuentros.

Nos vamos referir, de manera particular, a los encuentros anuales denominados "Laicrimpo Salud"[3].

Encuentros de Salud Popular "Laicrimpos"

En el año 1990, un grupo de sólo veintiséis hermanas religiosas que militaban en el Movimiento "CRIMPO" (Comunidades Religiosas Insertas en el Mundo Popular), toman conciencia de que los trabajos que todas ellas vienen realizando en la región del Nordeste Argentino, de una u otra manera, se relacionan con el cuidado de la salud.

En ese mismo año se autoconvocan para tratar específicamente la "Realidad Sanitaria" desde la óptica de las poblaciones más pobres.

A partir de allí, estos encuentros se realizan año tras año, habitualmente durante el primer fin de semana del mes de noviembre, bajo diversos lemas que tratan de resaltar el sentido de libertad, de no dependencia y de lo autogestivo.

A los primeros encuentros acudían representantes de grupos y comunidades de unas pocas provincias del norte argentino. A los pocos años de iniciados, ya

2. "Abya Yala", "Tierra en Plena Madurez" en la lengua Kuna, es el nombre aceptado, en 1977, por el Consejo Mundial de Pueblos Indígenas para llamar a nuestro Continente. El término fue propuesto por el líder aymara Takir Mamani, reflejando el sentir de los Pueblos Originarios que se niegan a nombrar a su tierra tal como lo impuso el invasor y conquistador.
3. El artículo "Laicrimpo Salud: Un Movimiento" presenta un sintético relato histórico de estos Encuentros. Revista Raíces, Nros. 30 y 31, Buenos Aires, abril 2004.

se apreciaba la presencia de delegaciones de otras regiones.

Además de las personas que concurrían espontáneamente, por sus propios medios, paulatinamente se fue haciendo cada vez más numerosa la participación de quienes eran enviados para representar a sus comunidades con el propósito de compartir lo que realizaban para el cuidado de la salud.

En muchos casos las mismas comunidades se ocupaban de reunir, en forma solidaria a través de la "minga", los medios para solventar los gastos de traslado.

Ante la numerosa concurrencia de personas no pertenecientes a estructura eclesial alguna, y a propuesta de una religiosa, este evento comenzó a llamarse "Laicrimpo Salud" ("lai" por "laicos").

A partir del año 1996, a estos encuentros comienzan a sumarse trabajadores de la salud, de la educación y de diversas instituciones de promoción social.

A pesar de haberse propuesto cambiar la denominación de "Laicrimpo" por el de "Encuentro de Salud Popular", las personas de las diversas comunidades no aceptaron dicho cambio sosteniendo que "el Laicrimpo ya es nuestro".

En los últimos años se hace constante la presencia de representantes de los países vecinos de Paraguay y de Uruguay.

En Uruguay, a partir del año 2003, comienza a llevarse a cabo un evento similar denominado "Feria Saludable", a partir del cual se constituye la "Red Informal de Salud Popular" que siente y explicita su pertenencia al Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos.

A los últimos "Laicrimpos" suman sus aportes representantes de otros países tales como Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Puerto Rico. Desde el primer encuentro, allá por 1990, ya son catorce los "Laicrimpos" compartidos. Esta noticia, de por sí relevante, cobra una dimensión mayor dada la no existencia de ningún tipo de financiación, de organizaciones no gubernamentales, fundaciones o de "comisiones organizadoras" que se atribuyan la producción de los encuentros. Los Laicrimpos siguen siendo autogestivos como expresión de un auténtico movimiento popular.

A los fines de tener una aproximación al desarrollo de estos eventos, nos permitimos incluir una síntesis de la crónica del Encuentro llevado a cabo en la Provincia de Formosa, al norte de Argentina, del 7 al 9 de noviembre de 2003, bajo el lema "ComunicándoNOS: ¡Las voces de la Tierra nos convocan!"

"Provenientes de las Repúblicas del Uruguay, Paraguay y Ecuador y de quince provincias argentinas, participan del encuentro 650 personas. Se destaca la nutrida representación del Pueblo Originario Pilagá como así también el aporte artístico del Pueblo Originario Toba Qom, ambos de Formosa.

Desde la llegada de los primeros grupos, en la mañana del viernes, se fue conformando entusiastamente la "feria de experiencias".

En las soleadas galerías del recinto se fueron desplegando coloridos pósters y fotos como así también otras elocuentes muestras de lo que localmente se hace por la salud.

Constantemente, en cada uno de los grupos, se hizo evidente la alegría y el hambre por compartir, contar y escuchar las diversas experiencias.

Una vez más, la toma de conciencia de que "los pocos somos muchos" reforzó nuestro sentido de pertenencia a un verdadero Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos!

Ya siendo la tarde de ese viernes nos fuimos reuniendo en un amplio salón, compartiendo cantos de bienvenidas, voces de los pueblos originarios expresando sus sentires y pensares y relatos recordando la historia de estos eventos.

El día sábado y en un marco de entusiasta participación, se desarrollaron de manera simultánea 34 talleres en los que se trabajaron las siguientes temáticas:

Plantas, Método Bioenergético, Biomúsica, Gemoterapia, Arte de Respirar, SaludArte, Usos Domésticos de la Energía Solar, Políticas Locales de Desarrollo Sustentable, Huerta Agroecológica, Microdosis, Salud Mental, Salud Bucal, Gimnasias Terapéuticas, Cultura Pilagá, Sistema de Salud Propio Pilagá, Digitopuntura, Reflexología, Masajes, Kinesiología Holística, Club ODH (Obesos, Diabéticos, Hipertensos), Juegos Cooperativos, Hábitat y Salud, Homeopatía Hogareña, Video Debate, Programa Niño a Niño, Urosalud, Alimentación Sana, Comunicación, Arte Mapuche, Saberes Antiguos.

El solo enunciado de estos temas, da cuenta de una concepción integral de salud, enriquecida por los valiosos aportes de los pueblos originarios y de las comunidades campesinas.

El encuentro se fue cerrando con el consabido "fogón" de la noche del sábado y la vertiginosa mañana del domingo, cuando los distintos grupos presentaron las conclusiones y propuestas elaboradas en los talleres.

Con el compromiso de encontrarnos el próximo año en Eldorado, Misiones, Argentina, disfrutamos de las voces del coro de jóvenes del Pueblo Qom y de la contagiosa alegría de la delegación uruguaya que nos ofreció originales canciones. Expresando el júbilo del Encuentro, nos fuimos despidiendo con la certeza de haber renovado los entusiasmos en esto de ser cada día artesanas y artesanos de este Otro Mundo Posible que ya está amaneciendo".

El siguiente cuadro intenta dar un pantallazo histórico de estos encuentros:

ENCUENTRO	AÑO	LEMA	LUGAR
1	1990	Realidad Sanitaria	Posadas, Misiones
2	1991	Plantas Medicinales	Avellaneda, Santa Fe
3	1992	Hierbas Medicinales	Eldorado, Misiones
4	1993	Líneas de Trabajo para un Proyecto de Salud Popular	Resistencia, Chaco
5	1995	Nutrición y Alimentación Alternativa	Posadas, Misiones
6	1996	Salud en Manos de la Comunidad	San Pedro, Misiones
7	1997	Salud en Manos de la Comunidad	Montecarlo, Misiones
8	1998	Salud en Manos de la Comunidad	Reconquista, Santa Fe
9	1999	Salud en Manos de la Comunidad	Resistencia, Chaco
10	2000	Red de Redes	Eldorado, Misiones
11	2001	Salud en Manos de la Comunidad	Reconquista, Santa Fe
12	2002	Todos Sabemos, no Dependemos	Rosario, Santa Fe
13	2003	ComunicándoNOS: ¡Las Voces de la Tierra nos Convocan!	Formosa, Formosa
14	2004	Integrándonos Hacia la Tierra sin Males.	Eldorado, Misiones

Estos Encuentros son expresiones anuales de lo que ocurre cotidianamente en multitudes de espacios microfísicos tanto en alejados parajes rurales como en barrios humildes de grandes ciudades.

Por otra parte, también se realizan numerosos encuentros locales y zonales, los cuales son llamados frecuentemente "laicrimpitos".

Un sentido de pertenencia

¿Dónde se generan esas energías que movilizan a tantas personas? ¿Qué fuerza es la que lleva a personas, familias, comunidades muy humildes, a ingeniarse vendiendo pasteles y empanadas para conseguir los recursos que demandan el recorrer cientos y aún miles de kilómetros para participar de este encuentro? ¿Qué es lo que lleva a jóvenes trabajadores de la salud a renunciar a concurrir a eventos "científicos" y hacerse presentes en este tipo de eventos? ¿Quizá el valorar un espacio de libertad? ¿El tener un fuerte sentido de pertenencia?

Parecería que para este sentir el amor a la vida en la mente universal, no resulta suficiente la protesta, sino que a ésta y al activismo se le debe añadir la propuesta.

Es lo que se vivencia año tras año en los "laicrimpos": Hay propuestas, ejemplos de cosas que hacen las familias compartiéndolas con los vecinos en sus comunidades. Se trata de grupos minoritarios, trabajando localmente en espacios pequeños y al mismo tiempo con la grandeza de demostrar que es posible hacer cosas diferentes.

En estos encuentros, se toma conciencia de que "los pocos somos muchos", muchos en muchas partes del país y del mundo.

Una propuesta desde el Estado

Inspirándose en este protagonismo popular cotidiano, el Estado de la Provincia de Formosa ha puesto en marcha desde su Ministerio de Desarrollo Humano, un Programa llamado "Salud Comunitaria"

La Constitución de la Provincia de Formosa que rige desde 1991, reconoce a la salud como un derecho y asimismo adopta la Estrategia de Atención Primaria de Salud Comprensiva e Integral[4]. Esto significa que el texto constitucional incorpora las premisas de la Declaración de Alma Ata. [OMS, UNICEF, 1978] Es la única Constitución de las 24 Jurisdicciones que conforman la República Argentina, que menciona a la Atención Primaria de Salud Integral.

Recorriendo la historia ya hemos vivenciado de manera harto frecuente que es más fácil aprobar un texto, una declaración e incluso una Constitución que llevarla a la práctica.

No obstante, nos permitimos compartir este intento de llevar adelante esta estrategia, al menos en algunos de sus aspectos, mediante este Programa que se inicia a comienzos de 2002.

El Programa se basa en las siguientes ideas fuerza:

1) Comunidad somos todos;
2) Salud Integral (Salud del Ecosistema Local);
3) Suma de saberes y haceres (para el cuidado de la salud integral).

Desde su inicio se propusieron los siguientes objetivos:

1) Promover hábitos saludables en toda la población (incluyendo la salud de los trabajadores de la salud y sus modalidades de trabajo)

4. Constitución de la Provincia de Formosa, 2003, Art. 80: "El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social y no solamente ausencia de afección o enfermedad, y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales. Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social".

2) Facilitar en los niveles locales un diálogo "sistema de salud-comunidad" de modo tal que las prácticas familiares y comunitarias sean parte del primer nivel de atención

3) Alentar dentro del sistema de salud la incorporación de conocimientos y procedimientos útiles para el cuidado de la salud integral, procedentes de las medicinas tradicionales y naturales e incorporar saberes populares de comprobada eficacia.

Como metodología el Programa se desarrolla en cuatro ámbitos:

1) Trabajo en terreno;
2) Actividades Científicas;
3) Actividades Docentes;
4) Comunicación.

De esta manera se han ido sistematizando saberes y haceres autogestivos, aprehendidos por familias de las comunidades, provenientes de tres fuentes:

1) Académicas: signos de alarma que señalan problemas respiratorios agudos; preparación casera de sales de rehidratación oral; gimnasias terapéuticas; aprovechamiento de los productos de la colmena; cuidado de plantas; cultivos orgánicos; elaboración de fitofármacos y jabones medicinales; uso de microdosis.

2) Populares locales: reconocimiento de plantas para la salud y alimentarias; remedios caseros; preparados con plantas; preparaciones alimenticias con harina de algarroba.

3) De otras medicinas: digitopuntura; masajes; reflexología podal.

En estos tres años podemos compartir algunos logros. En 7 hospitales y centros de salud del interior de la provincia y 5 centros de salud de la ciudad de Formosa, con los efectores de sus áreas programáticas, se realizan dispensaciones con diversos procederes de medicina natural y tradicional y talleres de multiplicación. Estos últimos también desarrollados por escuelas y grupos vecinales.

Dos establecimientos han creado una mini estructura propia que les da la categoría de "Centros de Producción Local".

También se han realizado estudios científicos y se ha llevado a cabo una interesante actividad con estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Formosa y con profesionales de la Residencia de Medicina General.

En el trabajo con estudiantes de nivel medio, consideramos que uno de los resultados más notables ha sido el acercamiento de los adolescentes a las personas mayores de su familia y comunidad. Los jóvenes, al indagar sobre el cuidado de la salud y la alimentación de manera natural, pudieron valorar la sabiduría de los mayores. También promovieron y realizaron, junto con ellos, prácticas de masajes, gimnasias terapéuticas y digitopuntura.

Experiencias como la acabada de narrar son ejemplos de los espacios de participación, encuentro e intercambio que ofrece este Programa, en los cuales la comunidad se siente protagonista.

Reflexiones desde la Sabiduría Popular

La participación, con una actitud de diálogo, en todos estos eventos de gran protagonismo comunitario, nos ha regalado el disfrutar de la sabiduría popular, la que nos impulsa a plantearnos reflexiones, preguntas, cuestionamientos y también a atrevernos a efectuar propuestas. Mencionaremos algunas de ellas:

1) **Cambio de Paradigma Cultural y Científico**: Se trata de corrernos de un paradigma antropocéntrico impuesto por la cultura occidental de la modernidad a un paradigma biocéntrico, un paradigma centrado en la Salud y en la Vida.

Esto es lo que nos muestra tanto el discurso como la práctica de los sectores populares que hemos venido describiendo[5].

2) **Derecho a la Salud**: El neoliberalismo asimila sin pudor el "derecho a la salud" al "derecho del consumidor" y del "consumidor individual", a sabiendas que este "cliente" no puede elegir prestaciones médicas, ni medicamentos ni aparatología, ni siquiera al profesional, en la mayoría de los casos.

En la mejor de las situaciones el "derecho a la salud" se ha reducido al "derecho a recibir atención médica".

En contraste, los sectores populares "sienten" la salud de una manera integral, como bien lo han definido las mujeres campesinas del norte de Argentina:

"Si queremos hablar de salud, lo primero es ver si el suelo está vivo. Si el suelo está vivo, tendremos plantas sanas y animales sanos. Y así será posible que los seres humanos estén sanos".

Esto nos lleva a tomar conciencia de que el Derecho a la Salud es mucho más que el derecho a recibir una atención a los problemas de salud.

Quisiéramos que esta atención se concrete dispensando los procederes más adecuados y culturalmente aceptados a partir de conocimientos procedentes tanto de la medicina convencional como de las medicinas tradicionales, naturales y bioenergéticas.

Al mismo tiempo, aspiramos a que la atención se prodigue con un compromiso y un sentido de calidez humana, involucrada con los sentires y con los pensares de las personas, familias y comunidades afectadas. Una atención que esencialmente sea un acompañamiento permanente y sostenido.

Con toda la trascendencia que significa la concreción de este derecho a recibir atención, de ninguna manera esto es la totalidad de lo que significa el Derecho a la Salud.

La cosmovisión de salud integral de las comunidades campesinas y de los Pueblos Originarios nos lleva a recuperar el "Derecho a la Salud" como el Derecho a estar y vivir en salud en un mundo Saludable. Se trata del Derecho a la Vida y de toda forma de vida, y no sólo de la de los seres humanos.

3) **Necesidades Básicas:** La salud integral, entendida así, como salud de los ecosistemas, es el tema convocante y aglutinante en todas estas movilizaciones.

De aquí surge la visión de que las Necesidades Básicas para que los seres humanos vivamos felices, tanto en lo personal como colectivamente, se resume en lo que se ha venido a llamar "las seis A de la Esperanza": Aire, Abrigo y Albergue, Agua, Alimentos, Amor, Arte.

Si estos seis componentes son y están saludables en nuestro ecosistema local, tendremos grados de salud percibidos como "Alegremia": Alegría circulando en nuestro torrente sanguíneo. Se trata de una visión dinámica de la salud y de la vida. [Monsalvo, 2003]

Para el modelo dominante la salud es un "estado de normalidad" y por lo tanto a la enfermedad se la concibe como un "desvío de la normalidad"

5. Sobre Paradigmas sugerimos leer a Leonardo Boff (Ecología, grito de la Tierra, grito de los Pobres, Lumen, Buenos Aires, 1996) y a Fritjof Capra (La Trama de la Vida, Anagrama, Barcelona, 1996)

La salud es un proceso que puede ser cada vez más saludable en tanto se logre un cambio del paradigma de la cultura occidental. Del reduccionismo que entiende a la enfermedad "como un desvío" a esta visión holística y ecosistémica de la vida.

4) **Políticas Biocéntricas:** Sostenemos que es altamente prioritario formular las políticas y, sobre todo ejecutar las mismas, centradas en la vida y en toda forma de vida. Y decimos todas las políticas y no solamente las políticas de salud.

Todas las políticas deberían actuar sinérgicamente hacia la concreción del Derecho a la Salud como Derecho Humano fundamental y componente esencial del Derecho a la Vida y de toda forma de vida, como ya lo hemos señalado. Derecho a la Salud entendido como el Derecho a estar y vivir en un Ecosistema Sano.

Proponemos formular y ejecutar estas políticas en el contexto de una democracia participativa y directa, lo cual consiste en una revolucionaria, cotidiana y artesanal construcción de ese Otro Mundo Posible que ya está amaneciendo.

Instamos con entusiasmos a hacer posible una vida en amor y en felicidad viviendo en un mundo tal como lo expresa la Declaración de Bangladesh[6]:

"Un mundo en el cual una vida saludable para todas y todos sea una realidad; un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad: un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecer una y uno a otra y otro: un mundo en el cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan a nuestras vidas"

5) **Desarrollo Local**: Este interaccionar con los sectores populares campesinos y de los Pueblos Originarios nos demuestra que es posible y deseable impulsar y promover políticas de desarrollo de las comunidades con este enfoque de salud del ecosistema, es decir, teniendo en cuenta la salud de todos sus componentes. Para ello proponemos un Desarrollo Local con fuerte acento autogestivo. El mismo consiste en el desarrollo de espacios de solidaridad en donde se comparten los saberes y los haceres, de modo tal que se afiance de manera creciente la libertad, superando el depender. Esto es llevar a la práctica el "Todos sabemos, no dependemos" que fue el lema de uno de los encuentros de salud popular en el Cono Sur.

"La salud en manos de la comunidad es un concepto de libertad. La libertad es un valor que nos hace dignos como personas y la dignidad es un importante componente de nuestra salud", nos decían campesinas y campesinos durante un Encuentro Popular de Salud realizado en el Norte de Argentina en el año 1997[7].

El Desarrollo Local está basado en las siguientes estrategias:

- Diálogo Intercultural y Teoría y Práctica de la Educación y Comunicación Popular.
- Ecoalfabetización[8].
- Investigación con enfoque y metodología cualitativa aplicada a la Atención Primaria de Salud de los Ecosistemas.

6. Declaración para la Salud de los Pueblos, Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000.
7. Saberes Vivos y Diversos, Taller la Salud Popular, Incupo, Argentina, 1997.
8. Ecoalfabetización: concepto propuesto por Fritjof Capra en la obra "La Trama de la Vida", ya citada: "Comprender los principios de organización de las comunidades ecológicas y utilizar dichos principios para crear comunidades humanas sostenibles". Es notable la coincidencia con la visión del dirigente campesino Francisco "Tingo" Vera, de San Pedro, Misiones, quien se expresa de esta manera: "Leamos el libro del Bosque, el libro de la Naturaleza que nos da tantas lecciones para la comunidad de los seres humanos. No existen problemas porque en el bosque no hay egoísmo, siempre están trabajando uno para el otro" Boletín Red de Redes, Nro. 9, junio 2004.

● Trabajo Transdisciplinario[9].

La idea es desarrollar las potencialidades autogestivas de las familias y de la comunidad organizada tanto en los ámbitos personal-familiar, como en el comunitario e institucional

6) **Atención Primaria de Salud de los Ecosistemas**: Proponemos a la Atención Primaria de Salud de los Ecosistemas como la estrategia adecuada para llevar a cabo estas políticas biocéntricas.

Se trata de un pensamiento ecosistémico. Un pensamiento que nos hace comprender que la salud y la vida de las personas están relacionadas con la salud y la vida de todos los componentes del ecosistema: el suelo, el agua, la flora, la fauna, el aire y, por supuesto la propia especie humana con sus relaciones sociales, políticas y económicas.

Este pensar y sentir de que estamos todas y todos interrelacionados, nos lleva a una lógica que obliga a que el foco de atención de las políticas, las estrategias y los planes, estén centrados en la promoción de una salud cada vez más saludable para el disfrute de la vida en felicidad y amor.

Creemos que es necesario e imprescindible para la continuidad de la vida que vivamos en un ecosistema de armoniosas relaciones políticas, sociales, económicas y ambientales. Un sistema de relaciones que ame y respete la vida y toda forma de vida.

Esto es posible, ya que es el estilo de vida que nos enseñan los Pueblos Originarios que desde siempre se han sentido parte-de la Naturaleza y no fuera de ella ni mucho menos contra ella, tal como se posiciona el neoliberalismo.

Las múltiples vivencias que se comparten en centenares de talleres a los que hemos asistido, por ejemplo en la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, en los Foros Internacionales en Defensa de la Salud, en los Foros Sociales Mundiales y en muchos otros eventos que protestan y proponen, también nos muestran que este ensoñar es posible.

Estas energías en defensa de la vida, expresadas por los Pueblos Originarios desde siempre, ese sentirse parte-de, son las que nos llevan a una propuesta política que atraviesa toda actividad humana: Atención Primaria de Salud de los Ecosistemas.

Nos referimos al ecosistema con la visión de la ecología profunda. Es decir, los seres humanos con sus relaciones sociales, políticas y económicas como un componente más del ecosistema.

La Declaración de Bangladesh nos ofrece un verdadero plan de acción al formularnos llamados concretos a asumir retos económicos, sociales, políticos, ambientales y sanitarios.

Proponemos que la Atención Primaria de Salud de los Ecosistemas sea un pensamiento que articule transversalmente todas las actividades de los sectores de gobierno y de la comunidad organizada y que previo a cada intervención obligadamente nos hagamos esta pregunta:

¿Qué aporta este emprendimiento a la salud del ecosistema local? [Monsalvo, 2004]

alta_alegremia@yahoo.com.ar

9. Lo transdisciplinar es un salto cualitativo de lo interdisciplinario: lograr aprehender con visión holística la trama de la vida de los ecosistemas. Ver Max Neef, Manfred, Desarrollo a Escala Humana, Redes, Uruguay, 1993.

REFERENCIAS

- ASAMBLEA MUNDIAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS (2000). Declaración para la Salud de los Pueblos, Bangladesh.
- BOFF, LEONARDO (1996). Ecología, grito de la Tierra, grito de los Pobres, Lumen, Buenos Aires
- BOLETÍN RED DE REDES (2004) Nro. 9, junio.
- CAPRA, FRITJOF (1996). La Trama de la Vida, Anagrama, Barcelona.
- INCUPO (1997). Saberes Vivos y Diversos, Taller la Salud Popular, Argentina.
- MAX NEEF, MANFRED (1993). Desarrollo a Escala Humana, Redes, Uruguay.
- MONSALVO JULIO (2003). Reflexiones sobre Salud Integral, El Medico, Buenos Aires, enero.
- MONSALVO, JULIO (2002). Protestas y Propuestas, Revista Raíces, Buenos Aires, noviembre.
- MONSALVO, JULIO (2004). Ponencia en el Taller: Globalización y Políticas de Salud, III Foro Internacional en Defensa de la Salud de los Pueblos, Mumbai, India, 12-13 de enero.
- OMS, UNICEF (1978), La Declaración de Alma Ata,.
- RAMONET, IGNACIO (2005). Medios en Crisis, Le Monde Diplomatique, "el Dipló", Buenos Aires, enero.
- REVISTA RAÍCES (2004). Nros. 30 y 31, Buenos Aires, abril.

27 Las Fábricas Recuperadas en Argentina: Autogestión Obrera y Universidad Pública

Jorge Kohen, Germán Canteros, Franco Ingrassia

Surgimiento de las empresas autogestionadas en la Argentina

Un nacimiento no es un hecho casual. Las empresas autogestionadas, comunitarias, solidarias, recuperadas por los trabajadores, son una expresión creativa frente a la desocupación y se perfilan como un nuevo sector productivo del país.

Nacen como consecuencia de un proceso múltiple y complejo que significa la ruptura del circuito signado por la ilusión, la angustia, la depresión y el aislamiento por el que transitaban y transitan los trabajadores desocupados.

El reencuentro y el reestablecimiento de los lazos entre compañeros se produjeron por medio de las organizaciones forjadas en la lucha. A fines de los 90, el corte de rutas que comenzó en Cutral Có y Tratagal dio origen a un nuevo actor social en la Argentina el movimiento piquetero. Este nuevo actor social produjo un salto cualitativo, permitió el reestablecimiento de los lazos solidarios, el surgimiento de una nueva identidad y por lo tanto constituyó un acto sanitario de primera magnitud.

Este primer paso se profundizó al comienzo del nuevo siglo y condujo a un nuevo salto de calidad en la lucha y en el desarrollo de los movimientos sociales que resisten y se enfrentan al modelo neoliberal: la recuperación de

las empresas abandonadas por los empleadores y la puesta en marcha de la producción cooperativa. Surge el trabajador que autogestiona la producción y su fuerza de trabajo.

Este proceso se encuentra aún abierto y sometido a obstáculos diversos: dificultades técnicas, productivas, políticas, financieras y organizativas. Y es a partir de la posibilidad de abordar colectivamente estos obstáculos que las empresas autogestionadas han desarrollado un conjunto de lazos con distintas instituciones y organizaciones nacionales y regionales. En esta instancia, la participación de la universidad pública se reencuentra con algunas de sus definiciones fundacionales, en tanto espacio de producción de conocimientos al servicio de la sociedad y sus movimientos. Recursos humanos y saberes universitarios son aquí reorientados y reformulados a partir de la conexión práctica con los problemas específicos que emergen de la experiencia de la autogestión productiva.

El contexto en el que emergen estas experiencias

El proceso de globalización de la economía, en particular los procesos de Integración Regional (MERCOSUR, NAFTA), el papel de los organismos Internacionales como nuevos reguladores y determinantes de las políticas a aplicar, junto a la importancia que tienen los medios masivos de comunicación y la información han jugado un papel central en la nueva configuración social, cultural e ideológica de la Argentina.

El neoliberalismo concreta su programa a través de un proceso contradictorio de gestación de hegemonía combinado con coerción. Este proceso ha tenido como efecto el crecimiento de los niveles de la conflictividad social, que se han constituido como los determinantes de los perfiles de salud/enfermedad de los trabajadores.

Uno de los emergentes más dramáticos ha sido el fenómeno del desempleo, que se verifica en toda Latinoamérica. En el primer semestre de 2004, el desempleo promedio latinoamericano se ubicó en el 10% mientras que a igual período del año 2003 la cifra ascendía a 11,4%, alcanzando el nivel más alto de los últimos 30 años [OIT, 2004]. Según datos del Instituto Nacional de Encuestas y Censos (INDEC), en el último trimestre del 2004 la Argentina registró niveles de desocupación y subocupación del 13,2% y del 15,2% respectivamente. El proceso y la magnitud de la desocupación y subocupación en la Argentina puede observarse en toda su significación en el cuadro Nº 1, tomado del diario Clarín [Diario Clarín, 2002], donde se muestra la evolución en una década.

Si a estos datos incorporamos el análisis de la evolución histórica de la pobreza e indigencia tendremos un panorama más preciso del proceso y del panorama social generado por las políticas económicas aplicadas y el contexto donde se expresa el fenómeno de las empresas recuperadas. En el segundo semestre del 2003 (último dato publicado por el INDEC) la tasa de Pobreza llegaba al 47,8% y la de indigencia al 20,5%. Se desprende de estas cifras que la insuficiencia de ingresos sigue siendo el principal problema de la sociedad argentina. Casi la mitad de la población se encuentra por debajo de la Línea de Pobreza y una cuarta parte de ella bajo la Línea de Indigencia (cuadro Nº 2).

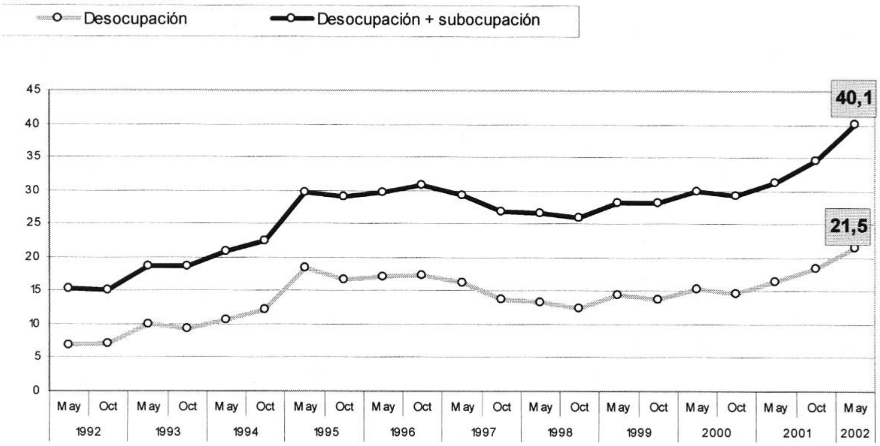
En la Argentina actual viven más de 18 millones de personas en situación de pobreza, de las cuales casi 8 millones tienen comprometida su existencia pues son indigentes, encontrándose por lo tanto en estado de alta vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad se expresa en modalidades de desafiliación y exclusión social.

Este proceso, que hemos descrito cuantitativamente, comienza en la Argentina con el golpe de estado de 1976 y se profundiza en la década del 90, produciendo una significativa reestructuración de la fuerza de trabajo social. La característica fundamental de esta

La Crisis del Trabajo

DESOCUPACION Y SUBOCUPACIÓN

Cifra en % de la población económicamente activa

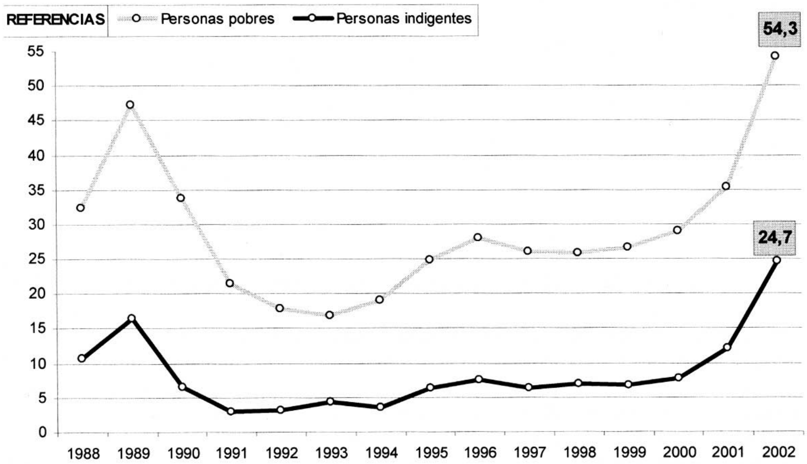


Fuente: INDEC — CLARIN

Pobreza e Indigencia

Cifras en % de población de Capital federal y Gran Buenos Aires. Octubre de cada año

Año 2002: Cantidad de personas pobres: 6.672.000; De ellas son indigentes: 3.035.000



Fuente: INDEC — CLARIN

reestructuración es la fragmentación de la fuerza de trabajo en al menos tres sectores preponderantes: el trabajo estable, el trabajo precarizado y el no-trabajo. Según su ubicación en uno de estos tres sectores, los trabajadores se ven sometidos a distintas condiciones laborales y problemáticas de salud. En el caso del trabajo estable, un sistema de seguridad social debilitado, exposición a procesos peligros específicos, sobreexigencias ergonómicas, incrementos del ritmo de trabajo, un creciente desfase entre el trabajo formalmente prescripto y el trabajo realmente realizado. En el caso del trabajo precarizado, la carencia de protección social, la poliexposición a procesos peligrosos, las sobreexigencias generalizadas y el alto desgaste físico y psicológico que producen la movilidad y la intermitencia. Finalmente, en el caso del no-trabajo, la dificultad para el acceso al sistema de salud, las diversas modalidades de desafiliación sociocultural y el deterioro generalizado del proceso de salud/enfermedad. Además, es posible observar la intensificación del trabajo infantil como estrategia familiar de subsistencia previa, en algunos casos, a la migración hacia la ilegalidad (cuadro Nº 3).

Trabajo y salud: algunos puntos de partida para pensar la problemática

Hemos sostenido en otros trabajos, que la salud de los trabajadores se juega entre las condiciones que encuentran en los dos momentos de su ciclo vital: Producción Consumo / Desgaste Reproducción.

Los factores determinantes de la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan, condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que, por el contrario, pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro.

De esta forma los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras / benéficas (saludables) o propiedades destructivas / deteriorantes (insa-

REESTRUCTURACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO		
TRABAJO ESTABLE	**TRABAJO PRECARIO**	**NO-TRABAJO**
seguridad social debilitada	carencia de protección social	dificultades en el acceso al sistema de salud
exposición a procesos peligrosos específicos	poliexposición a procesos peligrosos	trabajo infantil
sobreexigencias ergonómicas	sobreexigencias generalizadas	deterioro psicológico
desfasaje trabajo prescripto/trabajo real		

lubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, es un proceso protector o benéfico; mientras que, cuando ese proceso se torna un elemento que provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, es un proceso destructivo. Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelva la colectividad correspondiente [Breilh, 2003]. Sin embargo, es fundamental señalar que ambos tipos de procesos no existen por separado, sino que es el desarrollo concreto de los procesos de la reproducción social el que hace que éstos adquieran características protectoras o características destructivas, según el tipo de mecanismos que desencadenen en los genotipos y fenotipos humanos del grupo involucrado.

La operatividad en uno u otro sentido puede tener, así mismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente. Los procesos, según su importancia en la definición del carácter de la vida y su peso en el modo de vida correspondiente, pueden provocar alteraciones de mayor o menor significación en el desarrollo epidemiológico. Así por ejemplo, el proceso de trabajo, que tiene un impacto considerable en la conformación del modo de vida, cuando adquiere características destructivas, suele provocar cambios negativos profundos en la salud, mientras que por otro lado, ese mismo proceso de trabajo puede desencadenar consecuencias protectoras importantes, y eso aun cuando se desarrolla bajo condiciones destructivas.

Esto significa que un proceso puede desencadenar eventos de los dos tipos en forma simultánea, como ocurre con el proceso de trabajo que sirve para ilustrar el carácter contradictorio de la vida social frente a la salud: en un caso hipotético, un trabajo, a la par que podría ser mal remunerado y estarse realizando bajo condiciones estresantes, sobrecarga postural física y exposición crónica a sustancias tóxicas (facetas destructivas), al mismo tiempo puede contribuir a la organización del tiempo, al aprendizaje, a la construcción de algún sentido para la vida, a la obtención de un valor de cambio de la fuerza de trabajo (facetas protectoras).

Las facetas que se expresan con más fuerza o se hacen más ostensibles en el perfil epidemiológico dependen del modo de vida y de la lógica que opera en la formación social correspondiente. Siempre existe ese movimiento de protección/destrucción, pero el hecho de que se expresa en una u otra dirección en un grupo determinado y en un momento determinado, depende del carácter o lógica bajo la que opera la reproducción social.

Esos procesos, seleccionados por su importancia para la intervención y su capacidad de desencadenar consecuencias significativas y sustentables en el modo de vida, los podemos denominar, siguiendo a Jaime Breilh, procesos críticos. [Breilh, 2003]

Como en toda contradicción, el hecho de que uno u otro polo no se haga notar o no sea empíricamente observable, no significa que no exista, sino solamente que en ese momento del desarrollo está atenuado o dominado.

El proceso laboral no es entonces en sí mismo, ni puramente beneficioso para la salud ni exclusivamente dañino. Sus aspectos beneficiosos y sus facetas destructivas coexisten y operan de modo distinto de acuerdo al momento histórico y al grupo social de pertenencia al que hagamos referencia. En el centro de trabajo los sujetos enfrentan condiciones específicas. La capacidad para procesarlas depende simultáneamente de las capacidades y soportes a los que puedan echar mano co-

mo colectivo y de las condiciones de defensas y reservas individuales con las que viven esa realidad.

Por lo tanto, cuando los trabajadores acumulan e intensifican en su proceso laboral las modalidades destructivas del trabajo, las formas carenciales y deformadas del consumo derivadas del salario, los patrones familiares o culturales alienantes y la ausencia o debilidad de organización; se potencian los procesos desgastantes y perjudiciales acercando a los individuos y al colectivo de trabajadores al polo de la enfermedad.

A su vez, si las condiciones de trabajo son favorables, si el contenido y la organización del trabajo permiten el desarrollo de la creatividad y libertad del trabajador, si el colectivo de trabajo controla y domina el ritmo de trabajo, establece democráticamente la organización de la producción, los sistemas de remuneraciones permiten un acceso a bienes y servicios que garanticen la satisfacción del conjunto de necesidades humanas existentes en la sociedad en ese momento histórico concreto, el trabajador se identifica, es parte y se reconoce en el producto del trabajo y es valorado socialmente por la tarea que realiza, ese colectivo de trabajadores y esos sujetos transitan su vida más próximos al polo de la salud que al de la enfermedad. [Kohen, 2000]

En ambos momentos los trabajadores afrontan procesos protectores y saludables que, al predominar, aproximan a los trabajadores al polo de la salud y procesos deteriorantes que, al prevalecer, aproximan a los trabajadores al polo de la enfermedad.

Al verse privados de empleo formal, la vida de los desocupados transcurre en el ámbito de la vida social y familiar con la intensificación de las formas carenciadas de consumo y reproducción social. En estudios realizados en el año 1994/5 desde la Cátedra de Trabajo de Campo Laboral de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y en estudios posteriores establecimos que el trabajador desocupado, en relación a su salud metal, recorre el siguiente circuito:

Ilusión - Angustia - Depresión

El atravesamiento de este circuito produce una serie de impactos subjetivos de importancia:

- Trastornos de identidad
- Depresiones
- Desvalorizaciones
- Ruptura de vínculos
- Derrumbe de proyectos existenciales

Junto a estos aspectos del deterioro de la salud mental de los trabajadores desocupados hemos sostenido que una expresión del desgaste sufrido y de la impronta que ha dejado su trayectoria laboral está contenida en la categoría "capacidad laborativa restante" a la cual hemos definido como la confrontación de las habilidades restantes del sujeto con las exigencias del proceso productivo (histórica y socialmente constituido) [Kohen, Musi, 2004]. Cuando un trabajador queda desocupado, sufre un accidente laboral o es expulsado del centro de trabajo por una enfermedad, afronta su vida, establece su modo de andar por la vida con la capacidad laborativa restante.

Las reestructuraciones del modo de andar por la vida que realiza el trabajador que se expone al conjunto de procesos peligrosos en el trabajo y el impacto negativo que tiene en su corporeidad y psiquismo, se expresan en el conjunto de restricciones para asumir una vida laboral plena y desplegar allí sus potencialidades; entonces debe asumir el trabajo desde la nueva "normalidad" alcanzada, con las libertades que le permiten

las capacidades que aún tiene para enfrentar el trabajo.

Esto adquiere relevancia fundamental en dos sentidos. Uno se manifiesta a la hora de tratar de reinsertarse en el proceso del trabajo: el trabajador tiene que enfrentar como primera cuestión, una vez que encontró el puesto y que logró "vencer" a la larga cola de aspirantes, someterse al examen preocupacional y/o los exámenes médico-psicológicos ocupacionales y es allí donde empiezan a notarse las dificultades sociales y a expresarse con fuerza las capacidades laborativas restantes, es decir, cuánto le queda de capacidad y qué porcentaje de incapacidad tiene. Una gran cantidad de trabajadores en ese examen son descalificados, viéndose impedidos de acceder a los puestos de trabajo.

Por otra parte, el trabajador transita habiendo reestructurado su forma de vida. Es decir, todo el desgaste que fue acumulando en el trabajo -si perdió dos dedos en un accidente de trabajo, tiene una hernia de disco, tiene una artrosis, tiene secuelas profundas por el desgaste- reestructura su normalidad desde ese marco de restricciones. Por ello conceptualizamos a la capacidad laborativa restante como un emergente donde la historicidad de las trayectorias laborales queda impresa y se manifiesta empíricamente en el padecimiento y sufrimiento, síntomas y enfermedades que los trabajadores presentan.

Ocupar, resistir y producir: hacia una definición de la empresa autogestionada

La profundización de la crisis económica y los procesos de desindustrialización desencadenados por la aplicación sistemática de políticas neoliberales en el país se convirtieron en el punto de partida del más nuevo de los fenómenos sociales: la recuperación en manos de los trabajadores de casi 200 empresas quebradas y abandonadas. Las empresas recuperadas y autogestionadas por los trabajadores son una expresión creativa frente a la desocupación y sus efectos devastadores.

Los procesos de recuperación y autogestión fueron emergiendo de forma espontánea en distintos puntos del país. Posteriormente, han ido agrupándose según diversas estrategias y modalidades de organización: el Movimiento Nacional de Empresas Recuperadas (MNER), la Federación Nacional de Cooperativas de Trabajo en Empresas Reconvertidas (FENCOOTER), la Comisión Nacional de Solidaridad con las Fábricas Ocupadas.

El término empresa autogestionada refiere a los emprendimientos comprendidos en un modelo de organización en el que la articulación y las actividades económicas se combinan con la propiedad y/o disponibilidad de los bienes de capital y trabajo con la participación democrática en la gestión por parte de sus miembros. Este modelo promueve la cooperación del conjunto de los trabajadores en las actividades productivas y administrativas. La autogestión productiva es la extensión del principio de la democracia participativa al dominio de la producción. En este sentido, no es suficiente que los trabajadores ocupen o se conviertan en propietario de una empresa; es necesario también que posean los saberes técnicos y económicos que les permitirán hacerla funcionar.

Si bien se trata de experiencias heterogéneas, con diferentes modelos de organización y distintos niveles de desarrollo, es posible reconocer algunos rasgos comunes:

- Capital íntegramente distribuido entre los miembros de la organización

- Control del poder de decisión y de la gestión de la empresas por los trabajadores

- Derecho del trabajador para votar y ser votado para cualquier cargo, inclusive directivo

- Existencia de mecanismos democráticos de gestión y definición en asamblea de cuestiones como: políticas de remuneraciones, disciplinarias, de recursos humanos, formas de organización de la producción y destinos de resultados y excedentes

- Desarrollo integral que procura la sustentabilidad, la equidad económica y la responsabilidad social

Algunas características de las empresas autogestionadas de la Argentina

En la Argentina actual, existen diversos tipos de empresas autogestionadas, organizadas bajo formas jurídicas distintas: cooperativas, sociedades anónimas, de responsabilidad limitada y otras comerciales.

Al finalizar el año 2004 se registraban más de 300 empresas en las que ocupaban a aproximadamente 32.000 (treinta y dos mil) trabajadores y estaban en disputa un número significativo entre otras una gran empresa Gatic que ocupaba a 5000 trabajadores en distintas provincias.

Según datos del centro de estudios Vox Populi, el total de empresas recuperadas, el 86% se ubica en el sector industrial, el 12,3% en el sector de servicios y el 1,7 en el área de producción primaria.

En relación a la capacidad actual de producción, el 48% de las empresas recuperadas están produciendo a una capacidad que oscila entre el 10 y el 29% de sus posibilidades máximas, el 36% produce entre el 30% y el 59% de sus capacidades y un 16% lo hace al 60% o más.

En relación a los niveles de empleo, las empresas que conservan la misma cantidad de trabajadores y las que debieron reducir su planta se hayan equiparadas: cada sector representa el 40,4% del total, mientras que un 15,8% incorporó nuevos trabajadores a partir del desarrollo de la autogestión productiva.

Dos empresas Zanón y Pauny, con modelos distintos constituyen ejemplos de viabilidad de este modelo alternativo. La primera, ubicada en la patagonia argentina, ha recuperado su liderazgo en el mercado del cerámico y desarrolla un interesante proceso de cooperación con las comunidades mapuches, quienes participan en la elaboración de los diseños para las nuevas líneas de producción.

Pauny, por su parte, se constituyó en empresa líder en la producción de tractores. Comenzando con un encargo de reacondicionamiento de un único tractor, rápidamente pasó a producir 45 tractores mensuales y en la actualidad esta produciendo 70 tractores por mes, sus trabajadores ganan el salario establecido en el convenio colectivo del sector y además ya han distribuido las primeras utilidades.

Del trabajo asalariado a la autogestión productiva: algunos interrogantes

Las experiencias de recuperación y autogestión de empresas en la Argentina plantean una serie de problemáticas inéditas que desafían la creatividad y la capacidad de innovación de quienes se comprometen con ellas. Desde nuestro enfoque, ligado preponderantemente a la salud y el trabajo, querríamos aquí dejar planteado un conjunto de interrogantes que funcionan como motores de nuestras prácticas de intervención e investigación.

El primer interrogante tiene relación con la orientación general de los procesos de autogestión productiva: ¿es posible pensarlos como procesos de recomposición fragmentaria del modelo industrial

previo al neoliberalismo o se trata de experiencias de innovación económica que involucran dinámicas productivas que van más allá del neoliberalismo?

Otro interrogante que no deja de tener relación con el anterior se refiere a los modelos organizativos que adopta la gestión colectiva: ¿produce ésta formas de liderazgo estable de tipo tradicional o desarrolla procesos de multireferenciabilidad compleja que permiten que, en un contexto en constante cambio, la empresa responda de manera flexible reconfigurando su organización interna según las turbulencias de su entorno?

Un tercer interrogante está ligado con el proceso de intelectualización del trabajo que la autogestión requiere: ¿qué tipo de dispositivos favorecen el desarrollo de la inteligencia colectiva y la elaboración conjunta de estrategias?

Una cuarta pregunta se vincula de manera directa con la gestión de la salud y los riesgos en el trabajo: ¿Propicia la autogestión productiva el desarrollo de un modelo de monitoreo epidemiológico autoaplicado en salud y seguridad en el trabajo o sostiene un modelo de delegación del cuidado de la salud como lo hace el modelo medico hegemónico?

Un quinto interrogante tiene relación con las modalidades de articulación entre las distintas experiencias de economía social: ¿es posible combinar la resolución de los problemas cotidianos que toda experiencia de este tipo supone con la constitución de una temporalidad estratégica en la cual sea posible la socialización de las invenciones localmente producidas, la implementación de proyectos de cooperación entre distintas unidades productivas y el diseño de políticas de acción común en relación a los distintos organismos gubernamentales, comerciales y financieros?

Un sexto interrogante se vincula con el problema de la subjetividad. ¿A partir de qué dispositivos y a través de qué operaciones se produce la figura subjetiva (el trabajador de la autogestión u obrero sin patrón) capaz de desarrollar la producción objetiva en una empresa recuperada? ¿Y qué prácticas obturan esta producción de subjetividad?

Una última pregunta se refiere a las relaciones entre actividad productiva y procesos de reproducción de la fuerza de trabajo. ¿En qué medida y en qué puntos la recomposición de la producción según la premisa de la autogestión afecta los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo? ¿De qué manera afecta las relaciones familiares y sociales de los trabajadores? ¿Qué tipo de implicancias tienen estas alteraciones en los procesos colectivos de salud/enfermedad?

Incubadora de Empresas de Economía Solidaria: de la recuperación de la empresa a la autogestión de la salud y la seguridad en el trabajo

En octubre del 2003, en la ciudad de Rosario y convocado por el MNER, se realizó el Primer Encuentro Nacional de Empresas Recuperadas que contó con la participación de la mayoría de las empresas autogestionadas del país.

Como conclusión del encuentro se resolvió la creación de la Incubadora de Empresas de Economía Solidaria (IEES) en el seno de la Universidad Nacional de Rosario.

Se trata de un proceso de sostenimiento, acompañamiento y respuesta a distintas demandas de los trabajadores cooperativizados: viabilizar o expandir la producción, mejorar la inserción en el mercado, profundizar los procesos de autogestión y democratización de la organización del trabajo colectivo.

El proceso de recuperación de las empresas y la autogestión de la producción, constituyen como un

elemento favorable para el desarrollo de la Salud de los trabajadores, es decir, del despliegue creativo del conjunto de las potencialidades humanas.

En este sentido un equipo interdisciplinario compuesto por más de 30 profesionales y coordinado por el Área de Salud y Trabajo de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) comenzó a realizar estudios completos en salud y seguridad laboral.

El método de intervención tiende a reforzar el proceso iniciado por los mismos trabajadores de las empresas recuperadas, quienes han comenzado a gestionar su propio proceso de trabajo

En esta forma de autogestión participan en la planificación, organización y desarrollo del conjunto del proceso productivo, controlando los tiempos, los ritmos y el uso de la fuerza de trabajo. De este modo, los productos del proceso de producción ya no les resultan ajenos, les pertenecen.

La metodología que implementamos combina técnicas de investigación participativas que articulan y consolidan los saberes de los trabajadores, las evaluaciones médico-psicológicas y los análisis de los ingenieros en seguridad e higiene industrial.

Los instrumentos que aplicamos son:

- Elaboración de historias clínico – laborales de cada uno de los trabajadores (exámenes clínicos, audiometrías, electrocardiogramas, radiografías de torax, oftalmología y analisis completo de orina y sangre)

- Realización de mediciones instrumentales de ruidos, iluminación y descarga a tierra de los equipos eléctricos.

- Análisis de los procesos colectivos ligados a la salud mental y a la organización del trabajo (talleres en grupos homogéneos y heterogéneos, entrevistas individuales semi-estructuradas tendientes a elaborar historias de vida, aplicación de cuestionarios, escalas e inventarios)

- Elaboración de encuestas colectivas de procesos saludables y procesos peligrosos que se originan de los distintos elementos del proceso de trabajo

- Elaboración de mapas de riesgos laborales

Los talleres y la reflexión grupal entre trabajadores y el equipo interdisciplinario han producido hasta este momento los mejores resultados en la experiencia que venimos desarrollando. El soporte técnico de la Facultad de Ingeniería de la UNR ha sido un estímulo y una ayuda invalorable para la viabilidad y el crecimiento de las empresas.

La devolución de los resultados de los estudios es un componente esencial de nuestra Metodología ya que significa una instancia de reapropiación colectiva por parte de los trabajadores de sus condiciones de trabajo y salud y sienta las bases para implementar y sostener un programa de Monitoreo Epidemiológico en Salud y Seguridad en el Trabajo.

Es importante destacar también que la metodología empleada, a través de la composición de distintos niveles de análisis permite estudiar los procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva estructural, particular y singular.

La estrategia de intervención parte de recuperar el saber de los trabajadores. Lo dice con claridad Néstor, un trabajador de la cristalería Cooperativa VITROFIN de más de 70 años: "Yo le preguntaba a los compañeros qué podía hacer y ellos decían, ´enseñar, Néstor, enseñar, porque cincuenta años de experiencia no se compran en ningún supermercado´ ". Este proceso recupera la experiencia acumulada del colectivo de trabajadores y la reinscribe en las nuevas condiciones como una estrategia de superación del modelo neoliberal.

"Este proceso marca un modelo, una forma de producir anticipatorio, Son fabricas que han re – nacido como los prematuros, antes de tiempo, porque son empresas como bien dicen los propios actores sociales, son empresas que funcionan y son dirigidas por trabajadores sin patrones. Y han nacido antes de tiempo porque representan una forma de producir que anticipa la sustitución del modo capitalista de producción dominante. Y esa es la esencia de por qué las tenemos que cuidar en esta incubadora que nació en el Primer Encuentro Nacional de Empresas Recuperadas. Porque en la posibilidad de que crezcan, vivan y, como todo lo que vive, se reproduzcan está el futuro de nuestro país" [Kohen, 2003].

REFERENCIAS

- BREILH, JAIME (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. , Lugar Editorial, Buenos Aires. Febrero, p. 208- 209.
- Concepto desarrollado por Jorge Kohen y Mariano Musi en Reflexiones sobre Salud y Trabajo en la Carrera de Especialización en Medicina del Trabajo Facultad de Ciencias Médicas UNR Inédito; Rosario, 2004
- DIARIO CLARIN (2002). Bs. As,Argentina.
- DIARIO CLARÍN (2002). Bs. As., Argentina, Diciembre.
- KOHEN J., Canteros G (2000). La Salud y el Trabajo de los Judiciales; Raymur Ediciones, Rosario.
- KOHEN J (2003). Discurso Clausura 1er. Encuentro Nacional Empresas Recuperadas; Rosario Argentina, Octubre.
- OIT (2004). Panorama Laboral.

28 El Deporte y la Liberación Humana

Paulo Ricardo do Canto Capela, Edgard Matiello Júnior

Presentación

En el contexto brasileño, el campo de conocimiento llamado Educación Física ha sido un espacio privilegiado para reflexionar y actuar sobre la apropiación mercantilista, a nivel mundial, del fenómeno deporte.

Efectivamente, en nuestro país, aún cuando predominen en el universo académico visiones idealizadas del deporte, que lo asocian incondicionalmente con la salud y la calidad de vida; con la belleza estética de los cuerpos perfectos; como alternativa en el tratamiento de las drogas; recuperación de delincuentes; siendo inclusive tratado como elemento de integración entre las distintas naciones, hay que considerar también el cúmulo teórico y las experiencias concretas que relativizan esas afirmaciones simplistas. Cúmulo que viene siendo construido por caminos tortuosos, de consensos y conflictos, pero que gradualmente viene impulsando una fuerza de reacción, que hace explícitos y enfrenta los intereses de emancipación popular con los de dominación capitalista.

Así, en este breve texto, pensamos que nuestra contribución a esta iniciativa internacional de consolidación de un proyecto alternativo de salud de los pueblos pueda darse por la presentación de algunos elementos que posibiliten vislumbrar una nueva perspectiva de comprensión de este fenómeno. Se trata de una construcción colectiva, en la cual autores y autoras participaron en diferentes momentos, lugares y contextos, con una implicación que en

ocasiones nos costó una ruptura definitiva con los poderes instituidos en sociedades científicas, órganos gubernamentales y otros espacios académicos y de actuación profesional.

En este sentido, la década de los ochenta del siglo pasado es paradigmática. Fue un momento de gran efervescencia intelectual y movilización por la reapertura política, en el cual ya había una masa crítica suficiente para que fuesen considerados los límites y las hegemonías del área contribuyesen para fomentar un proyecto democrático y popular con la intención de transformar las estructuras autoritarias, injustas y desiguales, que configuraban nuestra sociedad. Se tornó explícito el que un proyecto de Educación Física necesitase combatir la ideología liberal-burguesa y el conservadurismo [Guiraldelli Júnior, 1991]. El anhelo era encontrar fórmulas ricas y capaces de utilizar el trabajo corporal y el movimiento y contribuir en la agudización de las contradicciones. La referencia era el hombre concreto, es decir, inserto en el contexto social y que, ciertamente es el motor y la víctima del actual sistema de organización de la producción.

De este intenso y amplio proceso político, se hacen evidentes en este país tres movimientos distintos. El primero, con el compromiso de presentar a la sociedad brasileña una categoría que buscaba alternativas educativas más dignas, representando una tendencia emergente que, bajo la óptica de una concepción dialéctica del movimiento, pretendía la superación del acervo teórico existente, transformándolo estructuralmente. Sin embargo, había también aquellos profesores que, aún deseosos de cambios, solamente los perseguían superficialmente. Una tercera tendencia, hegemónica, cuyos profesionales quienes la representaban se ponían al servicio de la reproducción y subsiguiente perpetuación de las concepciones dominantes [Coletivo de Autores, 2001]. Corresponde decir que, contemporáneamente, podemos rever el pasado más claramente, e incluir una cuarta tendencia, la de quienes no tienen esclarecimiento político para comprender el momento histórico y que se prestan, ingenuamente, por el desconocimiento y la inacción, para reforzar los instrumentos de dominación conservadora [Freire, 1992].

En fin, la Educación Física brasileña, sustentada por el armazón teórico-metodológico proveniente de las lecturas críticas de educación y sociedad, ha provocado a lo largo de los últimos años cambios sensibles en la forma de pensar el deporte. De todas las contribuciones posibles, consideramos las correspondientes a los compromisos de la escuela pública las que pueden interesar más a los constructores de la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos.

Pues, a nuestro entender, aún cuando tengamos críticas, la escuela pública todavía es la institución potencialmente más democrática para la socialización de conocimientos, entre ellos el deporte y las otras expresiones de la cultura corporal, siempre reinventada para mantener efectivamente su carácter de interés público y popular, de calidad históricamente referenciada en la óptica de clase de los trabajadores, cuyas necesidades son numerosas, complejas y urgentes.

Por lo tanto, se trata de un cambio de sentido, que a su vez manifiesta un sentido de cambio, exigiendo que la escuela deba ser pensada como un polo irradiador de la cultura de la transformación [Arenhart & al., 2003], al expandir su acción educativa más allá de sus aulas y sus muros, permitiendo la construcción de un proyecto de deportes que radicalice sus acciones en defensa y generación de vida y de la liberación humana [Freire, 1970].

Una Crítica al Deporte desde la Visión de la Liberación Humana

Siendo el deporte una de las expresiones más fascinantes del planeta, uno de los mayores fenómenos

de masa de la humanidad, de un lucro absurdo, esa práctica, desde la lógica del Movimiento Olímpico Internacional (MOI), se convirtió, a través del tiempo, en uno de los principales contenidos de referencia de la Educación Física, en especial la escolar. Para hacerse una idea de la influencia que esta manifestación ejerce sobre nuestra área, varios profesionales entienden la disciplina de Educación Física como sinónimo de deporte, despreciándose la posibilidad de inclusión de cualquier otro contenido de la cultura popular del movimiento. Sin exageración, ¡esto significa comprometer la formación integral de los seres humanos de toda una generación!

Lo que hemos observado es que, a pesar de ya contar con innúmeros avances en cuanto a las proposiciones pedagógicas para el tratamiento del deporte en sus varios campos de actuación profesional, principalmente el escolar [v.g. Bracht, 1992; Coletivo de Autores, 1992; Kunz, 1994], estos conocimientos todavía se encuentran muy poco diseminados y, subsiguientemente, no enraizados, favoreciendo que el deporte aún sea tratado de forma limitada. Al ser interpretado como mera instrumentalización técnica, reproduciendo los patrones de movimiento de alto nivel de rendimiento (como sus códigos, valores y su carácter a-histórico), el deporte practicado en la escuela promueve el atraso en la construcción de un programa nacional-popular, en la perspectiva anunciada por Gramsci y tantos otros pensadores de un proyecto desde la óptica de los desposeídos.

Consecuentemente, para establecer este diálogo con los compañeros y compañeras de este y de otros países, enfatizamos que estaremos revelándonos desde una posición diferente de las visiones académicas predominantes, que ya alcanzaron algunos foros importantes de Salud Pública mundial y Salud Pública brasileña. Es decir, nos posicionaremos como profesores de educación física identificados con una concepción de área que se contrapone a las lógicas que tratan el tema del deporte omitiendo que éste se perpetúa como expresión simbólica de los valores capitalistas, tanto como práctica de los trabajadores del espectáculo, sometidos a jornadas "espartanas" y deshumanas, como a los espectadores, quienes, en general, son alimentados por un mundo fantasioso, propio del escenario de espectacularización de la vida [Pires, 2002].

Posibilidades Pedagógicas para la Enseñanza del Deporte para la Liberación Humana

Con las transformaciones provocadas por el modo de producción capitalista, la institución escuela es llamada a colaborar en la educación para la competencia obligatoria en todas las esferas de la vida. De esta manera, los juegos, que históricamente también asumen en algunos contextos culturales un carácter lúdico, de fiesta, de celebración de la vida, se vuelven deporte moderno con reglas previamente definidas y presión para superar los límites; los compañeros/as de juego pasan a ser tratados como adversarios; en fin, la lógica de jugar con, cambia a otra, la de jugar contra.

En la perspectiva de la educación física para la liberación humana, frente a este escenario, pensamos que el contenido del deporte pueda ser tomado con los objetivos de ser no sólo practicado, sino también estudiado, reflexionado, entendido y, en caso de juzgarse necesario, transformado [Hildebrandt & Laging, 1986]. Dada la importancia que la media asume actualmente en la formación para el consumo, el deporte puede ser problematizado como uno de los principales fenómenos mediáticos de la "sociedad del espectáculo" en que vivimos.

En cuanto vivencia corporal y de movimiento, el deporte puede ser ofrecido en la visión de la no-ex-

clusión, a través de la construcción/reconstrucción con los implicados, de las reglas, de las técnicas y de sus tácticas, transcendiendo la lógica de la competencia exacerbada, posibilitando la recuperación de la naturaleza lúdica y de fiesta de estas prácticas culturales.

Sabemos bien, siendo profesores, que esa no es una tarea fácil, pues representa, muchas veces, ir al encuentro de falsas y legítimas expectativas forjadas por la industria cultural a lo largo de las décadas, en cuanto a la forma de practicarse el deporte.

En la construcción de las vivencias de deporte en la posición de liberación humana, la competencia, la exigencia de condicionamiento físico, la enseñanza de la técnica y de la táctica no desaparecen, pero sí son re-significadas. La competencia deja de ser obligatoria, y pasa a ser necesaria de ser establecida con los sujetos, para que todos y todas puedan jugar [Kunz, 1996].

El condicionamiento físico no será más adquirido por la lógica actual, que somete a los trabajadores del deporte a los desgastantes procesos de "carga de trabajo", imponiéndoles un alto grado de sacrificio y dolor, a partir de planificaciones de entrenamiento que anteceden al jugar. El condicionamiento físico en la perspectiva de la liberación humana será adquirido en la propia experimentación/experiencia de jugar el juego, en la vivencia cultural de jugar construida con los involucrados en la propuesta de enseñanza.

Respecto a la técnica, ésta no posee un único carácter, ha servido, a través de la historia de la civilización, como elemento de emancipación del hombre. No obstante, en los deportes modernos, la cuestión de la técnica es revestida de sentidos restringidos: repetición, homogeneización, especialización y reproducción, teniendo en cuenta objetivos de máximo desempeño. Pensar con otra lógica y viabilizar que, quienes están implicados, experimenten en su aprendizaje una cartografía de posibilidades, vivenciando un proceso de enseñanza abierto a las múltiples experiencias culturales advenidas de su formación.

Finalmente, la táctica no puede ser la que privilegia sólo el vencer, valorizando a "los talentosos" en detrimento de los demás, constituyendo lo principal el jugar (medio) y no el vencer (fin). Los talentosos pueden ser orientados y estimulados a cooperar y ser tolerantes con aquellos que todavía no lograron la misma capacidad de juego.

Apuntes para un Proyecto de Liberación Humana a través del Deporte

Por lo que hasta ahora hemos podido apreciar, podemos afirmar que el deporte, como práctica hegemónica a la medida de los moldes del Movimiento Olímpico Internacional (MOI), es parte del proceso de expansión de la modernidad capitalista occidental. Quienes ocupan la cúpula del MOI son hombres ricos, de negocios, jamás ese espacio ha sido abierto a la clase que vive del trabajo. Siendo así, esta organización es una gran difusora de las visiones de mundo de aquellos que conducen y le confieren la debida dirección moral e intelectual [GEIA, 2002].

Para creer que otro mundo para la práctica de deportes a favor de la celebración de la vida entre los pueblos es posible, incluso ante este contexto de apropiación indebida por el capitalismo, es necesaria una inversión de prioridades. Si revemos la historia, constataremos que ya hubo una organización trabajadora internacional, que llegó a realizar tres grandes olimpiadas desde la visión de la solidaridad de clase, que sin embargo no resistió a la segunda posguerra [GEIA, 2002]. Pensamos que podremos recuperar en el futuro esta idea y construir un Movimiento Olímpico Cooperativo Internacional.

Para terminar este texto, nos arriesgamos a indicar algunos presupuestos para que pensemos conjuntamente los elementos de esta propuesta, a partir del espacio potencialmente democrático de la escuela pú-

blica. Son reflexiones inicialmente estimuladas por la contribución histórica de un investigador de origen alemán, que convivió entre nosotros [Dieckert, 1984].

- El deporte, en la visión de la liberación humana, no puede ser mera adaptación a lo que el deporte es como fenómeno del MOI. Es indispensable realizar transformaciones didácticas, que apunten a nuevas concepciones antropológica, filosófica y científica, teniendo como horizonte un nuevo proyecto de sociedad, el socialista;

- El deporte para la liberación humana no se limita a la competencia entre excelentes atletas; siendo así, puede ser realizado independientemente de normas y reglas genuinas del deporte de competencia; no puede ser pensado apenas como un campo de prácticas con valores elitistas y exclusivamente masculinos;

- La teoría y la práctica del deporte para la liberación humana podrá integrar los estudios y la formación de los profesores de educación física; es preciso superar la formación de profesores de educación física orientada excesivamente hacia el deporte de alto nivel de rendimiento, en lo que se refiere a sus reglas y normas (enseñanza teórica y táctica), formando muchos más entrenadores especializados en modalidades deportivas olímpicas, que propiamente educadores;

- Las escuelas pueden tornarse grandes centros de diseminación del deporte de liberación humana; para eso necesitan ser transformadas en espacios que estimulen esas vivencias. Ellas no requieren de equipo e instalaciones costosas, es perfectamente factible realizar el deporte de liberación humana a partir de equipo simple y económico, más estimulante y de calidad;

- Siguiendo esta lógica, pensamos que los espacios y equipos de las escuelas pueden componer lo que hemos anunciado, Centros de Cultura Popular de Movimiento, disponibles y coproducidos por las comunidades locales.

Finalmente, subrayamos que el presente ensayo se orienta mucho más a la socialización de nuestras experiencias con las compañeras y compañeros que luchan por la defensa de la vida y libertad humana, que a la presentación de una propuesta acabada. El aprendizaje que nos hace avanzar en estas reflexiones preliminares encuentra fuerza en el legado educativo de Paulo Freire, un brasileño cuya obra vigorosa de sueños revolucionarios nunca tuvo la pretensión de ser completa.

REFERENCIAS

- ARENHART, D.; CAPELA, P. R. C.; MATIELLO JUNIOR, E. et al (2003). A Prática de Ensino de Educação Física em escolas de assentamentos do MST. In: I Pré-Conbrace Sul, 2003, Pato Branco, PR: Secretarias Estaduais do CBCE - PR-SC-RS & Fadep, CD-ROM.

- BRACHT, VALTER (1992). Educação física e aprendizagem social. Porto Alegre: Magister.

- COLETIVO DE AUTORES (1992). Metodologia do ensino de educação física. São Paulo: Cortez.

- COLETIVO DE AUTORES (2001). Carta de Carpina. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.23, n.1, p.33-40, set.

- DIECKERT, JÜRGEN (1984). O esporte de lazer: tarefa e chance para todos. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico.

- FREIRE, PAULO (1970). Pedagogy of the opressed. New York: Hearder and Hearder.

- FREIRE, PAULO (1992). A importância do ato de ler: três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados.

- GEIA (2004). Um outro mundo é possível. Disponível em: <http://www.fef.ufg.br>.Acesso em: 24 dez..

- GUIRALDELLI JÚNIOR, PAULO (1991). Educação física progressista: a pedagogia crítico-social dos conteúdos e a educação física brasileira. São Paulo: Loyola.

- HILDEBRANDT, REINER; LAGING, RALF (1986). Concepção de ensino aberto em educação física. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico.

- KUNZ, ELENOR (1994). Transformações didático-pedagógicas do esporte. Ijuí: Unijuí.

- KUNZ, ELENOR (1996). O esporte na perspectiva do rendimento. In: GTA - GRUPO DE ESTUDOS AMPLIADOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Diretrizes curriculares para a educação física no ensino fundamental e na educação infantil da Rede Municipal de Florianópolis, SC. Florianópolis: o Grupo, p.95-104.

- PIRES, GIOVANI DE LORENZI (2002). Educação física e o discurso midiático: abordagem crítico-emancipatória. Ijuí: Unijuí.



Autores por Cap tulos

- 1. **Jaime Breilh**, ecuatoriano, médico, PhD en epidemiología; co-fundador y director ejecutivo del CEAS; cofundador de ALAMES; uno de los inspiradores del movimiento de la epidemiología crítica; sus libros en dicho campo, en metodología, epistemología de la salud y medicina social, algunos traducidos al portugués e inglés, han circulado en entidades de investigación y postgrados del mundo; encabeza proyectos de investigación e intervención críticos del modelo neoliberal; es miembro del consejo editorial de varias revistas, profesor invitado de postgrado en universidades de América y Europa.

- 2. **Maria Eliana Labra**, chilena, doctora en Ciencias Humanas-Ciencia Política; magister en Administración Pública; Administradora Pública. Actúa en áreas como Políticas y Sistemas de Salud, Análisis de Formulación e Implementación de Políticas Públicas, Cultura Cívica, Asociativismo y Participación Social. Ingresó en 1977 a la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministerio da Salud, Brasil. Actualmente es investigadora titular y profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública de la FIOCRUZ. Ha publicado innumerables trabajos.

- 3. **Gerardo Merino**, ecuatoriano, miembro de la Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (CEDHU), desarrollando múltiples proyectos en el campo de los derechos humanos y la salud. El presente trabajo lo ha realizado con la colaboración de Hugo Noboa Cruz, también colaborador de dicha entidad, una de las organizaciones que mayor impulso ha dado a la defensa de los derechos humanos en la región.

- 4. **Adolfo Maldonado**, español, médico tropicalista. Desde 1987 ha realizado trabajos de Atención Primaria de Salud en comunidades indígenas y campesinas de México, Guatemala y Ecuador. Desde el 2000, como miembro de Acción Ecológica, investiga en el nororiente ecuatoriano los impactos de la actividad petrolera en la salud de la población cercana a esas instalaciones y estudia los impactos en Ecuador de las fumigaciones del Plan Colombia. Los resultados han sido publicados en varios libros y revistas.

5. **Saúl Franco**, colombiano, médico, Magíster en Medicina Social, Ph. D. en Salud Pública. Investigador en los campos de la Medicina Social y en el tema de Violencia y Salud, sobre los cuales ha publicado varios libros y múltiples artículos. Ha sido profesor e investigador visitante en América Latina y Europa, consultor regional y nacional de la OPS, ACNUR. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Colombia. Actualmente es Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

6. **Mariano Noriega**, mexicano, médico, maestro en medicina social, profesor de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, su principal línea de investigación: "Las nuevas formas de organización laboral y sus efectos en la salud". **Adriana Cecilia Cruz**, mexicana, socióloga del trabajo, maestra en salud laboral, profesora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, su principal línea de investigación: "Vida cotidiana, trabajo y salud". **María de los Ángeles Garduño**, mexicana, socióloga, maestra en medicina social, profesora de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, su principal línea de investigación: "Género, trabajo y salud".

7. **Francisco Hidalgo**, ecuatoriano, sociólogo, magíster en ciencias sociales, investigador del CEAS, coordinador del área socio antropológica, especialista en movimientos sociales, autor de varios libros sobre la realidad sociopolítica del país y América latina. **Doris Sánchez**, ecuatoriana, ingeniera geógrafa, investigadora del CEAS, coordinadora del sistema de análisis geográfico. **María de Lourdes Larrea**, ecuatoriana, estadística, Master en Epidemiología (USP-Brasil), profesora de la UASB, UPS, IEE/CAMAREN, investigadora del CEAS, consultora, Inspectora sociolaboral FLP. **Orlando Felicita**, ecuatoriano, ingeniero químico, investigador del CEAS, desarrollo experimental de bioensayos. **Edith Valle**, ecuatoriana, bibliotecaria del CEAS y coordinadora del centro de documentación, asistente de investigación. **Juliette MacAleese**, francesa, ingeniera agrónoma, especialista en gestión social de los sistemas hídricos, investigadora del CAMAREN. **Jansi López**, norteamericana, master en estudios latinoamericanos, profesora de la Universidad de California. **Alexis Handal**, norteamericana, candidata a PhD en epidemiología, Universidad de Michigan, investigadora de plaguicidas y desarrollo infantil. **Paola Maldonado**, ecuatoriana, ingeniera geógrafa, investigadora de EcoCiencia, **Jorgelina Ferrero y Stella Morel**, argentinas, estudiantes de la Universidad de Córdova pasantes en el CEAS.

8. **Walter Varillas**, peruano, sociólogo Maestría en Políticas Sociales. Director Ejecutivo del Instituto Salud, Trabajo y Medio Ambiente (STYMA) de Perú. Administrador de la Red de Seguridad y Salud en el Trabajo (RSST), auspiciada por la OPS/OMS y la OIT. Asesor de la Red Perú de iniciativas de concertación para el desarrollo local. Ex Alcalde del Distrito de Alis, Yauyos, Lima. Coordinador de la Red sobre Trabajo Infantil (Red TIP) 2002-2003

9. **Laura Juárez**, mexicana, licenciada en economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente se desempeña como profesora-investigadora de la Universidad Obrera de México. Ha publicado numerosos artículos sobre precarización del trabajo, empleo, salarios, migración y dependencia alimentaria en México y América Latina.

- 10. **Miguel Eduardo Cárdenas**, colombiano, doctor en Derecho, asesor científico de la Fridrich Ebert Stiftung en Colombia -Fescol-; ha publicado importantes trabajos sobre la situación social y de los derechos sociales en Colombia y América Latina. **Luz Helena Sánchez**, colombiana, médica, magister en salud pública, investigadora de la Asociación Colombiana para la Salud -Assalud- Martha Bernal, colombiana, economista, investigadora del Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo -Cesde-

- 11. **Grupo de Madres de Córdoba**, argentinas, el Grupo de Madres está formado por la mayoría de madres con hijos enfermos de leucemia, malformaciones y cáncer, por la presencia de contaminantes radioactivos en el barrio; solamente dos de las integrantes están supuestamente sanas. Fue iniciado por Sofía hace más de dos años, antes el grupo fue realizado por otros integrantes de los cuales sólo quedan dos personas e integrándose algunas de las que están ahora.

- 12. **Ary Carvalho de Miranda**, brasileño, BSc en Medicina (Universidad Federal Fluminense, 1977), MSc en Salud Pública (Escuela Nacional de Salud Pública/Fundación Oswaldo Cruz, 1997). Su campo de investigación es el impacto de las condiciones de trabajo en la salud. Actualmente Vicepresidente de la Fundación Oswaldo Cruz, responsable del Área de Ambiente y Servicios de Referencia. **Frederico Peres**, brasileño, biólogo graduado de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, MSc (Escuela Nacional de Salud Pública/Fundación Oswaldo Cruz, 1999) y PhD en Salud Pública (Universidad Estatal de Campinas, 2002). Su trabajo en impacto ambiental de la contaminación por plaguicidas, en colaboración con la Escuela de Medicina del Monte Sinaí y el Centro Internacional Fogarty. **Josino Costa Moreira**, brasileño, con un BSc en Farmacia (Universidad Federal de Juiz de For a, 1967) y PhD en Química Analítica de la Universidad de Loughborough, 1991). Tecnólogo de la Fundación Oswaldo Cruz, estudia el impacto de las condiciones ambientales en la salud humana en el Brasil. **René Louis de Carvalho**, brasileño, BSc en Economía (Universidad Federal de Río de Janeiro, 1967) y DSc en Economía (Universidad de Paris VIII, 1988), profesor de Economía Agraria del Instituto de Economía Industrial de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

- 13. **Alex Zapatta**, ecuatoriano, abogado, especialista en derecho hídrico y economía política agraria, investigador del CEAS y del Sistema Nacional de Investigación Agraria, coordinador área jurídica del Foro Nacional de Recursos Hídricos del Ecuador, co autor de libros sobre el tema agrario y la lucha por la democratización de los derechos hídricos.

- 14. **Catalina Eibenschutz**, mexicana, médica, especialidad Endocrinología en Cuba, candidata a PhD en Ciencias Sociales del Instituto de Educación de la Universidad de Londres. Miembro fundador de ALAMES, Profesora Investigadora en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco desde 1976, trabajando en Chiapas cerca del EZLN desde 1994. Actualmente docente en la Maestría de Desarrollo Rural, línea de investigación Poder, Cultura, Salud e Identidad del movimiento indígena Zapatista. **Marcos Arana**, mexicano, antropólogo y médico mexicano. Investigador del Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Fundador del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos en Chiapas. Director de la Defensoría del Derecho a la Salud. Miembro de IBFAN (Red Internacional pro Alimentación Infantil).

- 15. **Charles L. Briggs**, estadounidense, PhD en antropología, profesor y director del Centro para Estudios Ibéricos y Latinoamericanos de la Universidad de California, San Diego; autor con Richard Bauman, de Voices of Modernity (2003), autor de numerosas publicaciones en el campo de la antropología crítica de la salud, en la actualidad impulsa una línea fundamental de investigación sobre el papel historio de los medios de comunicación frente a la hegemonía en el campo de la salud. **Clara Mantini-Briggs**, venezolana, médica, coordinadora del Plan Nacional de Lucha contra el Dengue de la Dirección de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Venezuela); directora de la Fundación para las Investigaciones Aplicadas Orinoco, que lleva adelante pesquisas científicas y programas dirigidos al logro de mejoras en las condiciones de salud en el estado Delta Amacuro (Venezuela).

- 16. **Arturo Campaña**, ecuatoriano, médico, ex profesor de psicología médica de la Universidad Central del Ecuador, magíster en psicología social Universidad de Leningrado, autor de libros y publicaciones de innovación conceptual y metodológica en el campo de la salud mental, director científico del CEAS, investigador área de certificación internacional en salud del programa de flor justa y ecológica, profesor invitado de Universidades de América Latina y Norteamérica.

- 17. **Elizabeth Bravo**, Miembro de Acción Ecológica, parte de la Secretaría Internacional de la red de resistencia petrolera Oilwatch, Coordinadora de la Red por una América Latina Libre de Transgénicos, Miembro del Consejo Académico del Instituto de Estudios Ecologistas del Tercer Mundo, profesora de la Universidad Politécnica Salesiana. Licenciada en Biología, Ph. D en Ecología de Microorganismos. Miembro del Panel Independiente de Científicos preocupados por la ingeniería genética, del Consejo Asesor de la revista "Biodiversidad Sustentos y Cultura", de la Revista Ecología Política y del Consejo Directivo del Movimiento Mundial de Bosques Tropicales.

- 18. **Miguel San Sebastián** (MD, PhD) español que ha trabajado 12 años en atención primaria de salud con comunidades indígenas en la región amazónica de Ecuador. Actualmente enseña salud pública y epidemiología en la Escuela Internacional de Salud Pública de Umea, Suecia. **Anna-Karin Hurtig** (MD, DrPH) médica sueca con diez años de experiencia en atención primaria de salud en Suecia, Nepal y Ecuador. Actualmente enseña salud pública y epidemiología en la Escuela Internacional de Salud Pública de Umea, Suecia. **Aníbal Tanguila** es un promotor de salud de la Asociación Sandi Yura. Pertenece al grupo indígena Naporuna ubicado en la provincia de Orellana, Ecuador. El ha ocupado cargos de responsabilidad en su comunidad en numerosas ocasiones así como a nivel de la Federación FCUNAE. Su comunidad, Corazón del Oriente, sufre desde hace muchos años contaminación ocasionada por la explotación de petróleo. **Santiago Santi** ha sido promotor de salud de la Asociación Sandi Yura, líder de la misma Asociación así como de su comunidad y de la Federación FCUNAE en numerosas ocasiones. Pertenece también a la etnia Naporuna en la provincia de Orellana, Ecuador. En su comunidad, El Edén, también se explota petróleo. La Asociación de Promotores de Salud "Sandi Yura" es una organización de promotores de salud indígenas de la región amazónica de Ecuador. La organización es parte de la Federación de Comunas Unión de Nativos de la Amazonía Ecuatoriana (FCUNAE) y desde 1994, está reconocida jurídicamente por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador. En la actualidad

cuenta con 100 promotores distribuidos en 70 comunidades quienes brindan diversos servicios de atención primaria de salud a una población de unas 12.000 personas.

- 19. **Francisco Armada**, venezolano, médico-cirujano, UCV, 1989; Especialista en Malariología y Saneamiento Ambiental, Universidad de Carabobo, 1991; Magíster en Salud Pública (Epidemiología), Universidad de Johns Hopkins, EEUUA, 1997; Doctor en Políticas Pública y de Salud (PhD), Universidad de Johns Hopkins, EEUUA, 2002. Ministro de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, reconocida figura de la lucha por la equidad en salud. Numerosas publicaciones en el campo del análisis de la reforma de los servicios de salud.

- 20. **Asa Cristina Laurell**, médica, maestra en salud pública con doctorado en Sociología, actual Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal de México. Profesora titular de la Universidad Autónoma Metropolitana de México de 1976 a 2001. Una de las personalidades del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social y de la innovación teórica y metodológica en el campo de la salud en el trabajo y políticas sociales y de salud. Autora de innumerables libros y estudios sobre dichas problemáticas. Desde 1990 se ha dedicado al análisis del desarrollo de los servicios y políticas de salud en el escenario del neoliberalismo y formulado políticas alternativas para garantizar el derecho a la salud.

- 21. **Francisco Rojas Ochoa**, Doctor en Medicina. Maestro en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas, La Habana. Profesor de Mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Investigador de Mérito del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Orden "Carlos J. Finlay", del Consejo de Estado de la República de Cuba. Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba. Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Salud Pública. Consultor de la OPS/OMS y del FNUAP. Pertenece a diversas sociedades científicas de Cuba y otros países. Ha publicado numerosos libros y artículos. Premios Anuales de la Academia de Ciencias de Cuba. **Miguel Márquez Vázquez**, Médico-Patólogo. Funcionario de carrera de la OPS-OMS. Profesor de Mérito de la Universidad de Cuenca. Profesor Invitado de la Universidad de la Habana. Decano Honorario de la Universidad de Nicaragua. Coordinador del Programa Universitas PNUD/PDHL-Cuba. Ha publicado varios estudios y libros. Medalla de Honor de la OPS. Orden "Carlos J. Finlay" del Consejo de Estado de la República de Cuba. Orden del Mérito en Salud Pública del Gobierno del Ecuador. Premios anuales de la Academia de Ciencias de Cuba. Héroe de la Salud del Ecuador del siglo XX. Condecoración Santa Ana de los Ríos de Cuenca. **Cándido López Pardo**, Maestro en Salud Pública. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular de la Universidad de La Habana. Profesor invitado del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" y de la Escuela Nacional de Salud Pública en Cuba. Consultor de la OPS/OMS, PNUD y UNFPA. Miembro del Consejo Científico de la Universidad de La Habana y de la Facultad de Economía y del Centro de Estudios sobre Salud y Bienestar Humano de ese centro de altos estudios. Ha publicado numerosos libros y artículos. Premios otorgados por la Universidad de La Habana y Premios Anuales de la Academia de Ciencias de Cuba.

- 22. **Miguel Fernandez Galeano**, uruguayo, Vice Ministro de Salud Pública. Doctor en Medicina. Postgrado en Administración de Servicios de Salud. Ex docente de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social en la Facul-

tad de Medicina. Edil de la Junta Departamental de Montevideo (1990-1994). Entre 1995 y 2000 fue Director de la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo. 2000 a 2005 Director de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo. Sergio Curto, uruguayo, Epidemiólogo Asesor del Ministerio de Salud Pública, Coordinador de Epidemiología de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Epidemiólogo Asesor de la Federación Médica del Interior, Doctor en Medicina. Maestría en Epidemiología. Ex Director del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Uruguay (1986-2000). Ex Director de Epidemiología, Ex Director de Vigilancia Epidemiológica , Ex director de Control de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública.

- 23. **Mónica Fein**, Secretaria de Salud pública, Municipalidad de Rosario, Argentina, ha encabezado al grupo que impulsa un ambicioso proyecto de reforma del sistema de salud municipal y de incorporación de reales mecanismos de participación popular en la gestión pública. **Débora Ferrandini**, Directora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General de la Universidad de Rosario, docente del Instituto Lazarte, Ex Directora de Atención Primaria y actual Coordinadora de la Dirección General de Servicios de Salud.

- 24. **Mario Esteban Hernandez**, colombiano, médico, magister y doctorado en Historia, Secretario Distrital de Salud encargado. Lucia Azucena Forero, colombiana, administradora Publica Especialista en Evaluacion Social de Proyectos y Magister en Ciencias Sociales, Profesional Especializado del Area de Analisis y Programacion y Evaluacion de la Secretaria Distrital de Salud Mauricio Torres, colombiano, médico Salubrista, Asesor en el tema de Participacion Social de la Secretaria Distrital de Salud, Coordinador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

- 25. **Frente Nacional por la Salud de los Pueblos del Ecuador (FNSP)** Instancia de confluencia de organizaciones sociales, populares, ONGs, entidades locales y nacionales, Mujeres y Hombres de los pueblos del Ecuador, constituye un referente democrático y participativo, de unidad, acción y lucha en defensa de la salud como un derecho humano fundamental, que promueve transformaciones estructurales de la sociedad para alcanzar dicho objetivo. Se constituye oficialmente en su I Encuentro Nacional efectuado en Cuenca del 17 al 19 de junio de 2004.

- 26. **Julio Monsalvo**, argentino, Médico Sanitarista y Magister en Ciencias, activista del Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos. Trabaja con comunidades campesinas y Pueblos Originarios promoviendo el diálogo intercultural y la atención primaria de salud de los ecosistemas. Actualmente coordina desde el Ministerio de Desarrollo Humano en la Provincia de Formosa, el Programa Salud Comunitaria que tiene como propósito valorar conocimientos y prácticas locales autogestivas.

- 27. **Jorge Kohen**, argentino, investigador Independiente Consejo de Investigaciones Universidad Nacional Rosario. Director Área de Salud y Trabajo Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional Rosario. Director carrera de especialización en medicina del trabajo FCM UNR. Profesor Adjunto Facultad Psicología. **Germán Canteros**, argentino, psicólogo, docente Facultad Ciencias Médicas. Integrante del Equipo Profesional ASyT

Facultad Ciencias medicas Universidad Nacional Rosario. Alumno Maestría en Salud Mental Universidad Nacional Entre Ríos Argentina. **Franco Engrassia**, máster en investigación participativa (Universidad Complutense de Madrid), miembro del departamento de salud mental del área de salud y trabajo (ASyT), facultad de ciencias médicas, Universidad Nacional de Rosario, enseña en las facultades de psicología de la Universidad Nacional de Rosario de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y forma parte de la cooperativa de analistas (Rosario). Ha publicado distintos artículos en revistas de Italia, España, Inglaterra y argentina

■ 28. **Paulo Capela y Edgard Matiello**, brasileños, investigadores en el campo de las ciencias del deporte, su trabajo y liderazgo en la transformación de la filosofía del deporte y de la práctica deportiva como herramienta de emancipación social. Son miembros del Núcleo de Estudios Pedagógicos en Educación Física (NEPEF) congrega a investigadores de la Universidad Federal de Santa Catarina con los siguientes propósitos: realizar estudios en el campo de la Educación Física / Ciencias del Deporte; brindar asesoría a entidades públicas de carácter democrático; y participar en la principal entidad científica de este campo que existe en el Brasil –el Colegio Brasileño de Ciencias del Deporte; y finalmente editar la Revista "Motrividencia".

Ficha de Catalogación:

614.428
B835

Breilh, Jaime (CEAS Editor)
Informe Alternativo Sobre la Salud en América Latina
(Observatorio Latinoamericano de Salud).- Jaime Breilh (CEAS Editor).
Cuenca, Ecuador: , 2005.
284 p. il. tabs.

ISBN 9978-44-257-X

1. SALUD PÚBLICA 2. DERECHO A LA SALUD
3. NEOLIBERALISMO 4. PARTICIPACIÓN POPULAR
5. AMERICA LATINA 2. SALUD COLECTIVA

I. t

Tiraje: